

Pedagogická fakulta Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Ateliér Arteterapie

Studijní rok 2005 / 2006

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití metody arteterapie u balbuties (kóktavosti)

Lucie Krejčová

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Evžen Perout

České Budějovice 2005

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a veškeré použité informační zdroje jsem uvedla v seznamu literatury.

V Českých Budějovicích 1. 12. 2005

.....
Podpis

Motto:

„Recidivy se obvykle vysvětlují i tím, že koktavost je pro některé balbutiky problémem identity, je součástí jejich představy sebe sama: když jsou fluentní, cítí se jako nevítaní cizinci sami sobě.“ (Lechta, 2004)

1. ÚVOD	6
2. CO JE TO KOKTAVOST?	7
2.1. VYMEZENÍ POJMU	7
2.2. VÝSKYT	8
2.3. KLASIFIKACE KOKTAVOSTI	9
2.3.1. Podle Kondáše a Hesseho	9
2.3.2. Podle Meréi a Vinczéne	9
2.3.3. Podle Lechty (2004) na incipientní, fixovanou a chronickou	9
3. DYSFUENCE/KOKTAVOST	13
3.1. VÝCHODISKA HODNOCENÍ PODLE LECHTY (2004):	13
3.1.1. Lingvistické východisko	13
3.1.2. Psychologické východisko	15
3.1.3. Medicínské východisko	16
3.1.4. Logopedické východisko	17
4. ETIOLOGIE	17
4.1. DĚDIČNOST	17
4.2. SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ	18
4.3. PSYCHICKÉ PROCESY	19
4.4. ORGÁNOVÉ ODCHYLKY	20
4.5. JINÉ DRUHY NKS	22
4.6. DALŠÍ PŘÍČINY	22
4.7. PATOGENEZE	22
4.8. RIZIKOVÉ FAKTORY	22
5. SYNDROMOLOGIE	23
5.1. PSYCHICKÁ TENZE	23
5.2. NADMĚRNÁ NÁMAHA	25
5.3. DYSFLUENCE	25
6. DIAGNOSTIKA	26
6.1. PRAVIDLA KOMPLEXNÍ DIAGNOSTIKY	26
6.2. DIAGNOSTIKA PSYCHICKÉ TENZE	27
6.3. BALBUTIOGRAM	28
6.4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	28
7. TERAPIE	29
7.1. TERAPEUTICKÉ CÍLE A METODY	29
7.2. ZÁKLADNÍ PRINCIPY TERAPIE KOKTAVOSTI	30
7.3. SOUČASNÉ TRENDY V TERAPII KOKTAVOSTI	31
7.4. TERAPEUTICKÉ TECHNIKY	31
7.4.1. Sugescie, psychoterapeutické přístupy	32

7.4.2. Relaxace	32
7.4.3. Iowské koncepce.....	33
7.4.4. Gestikulace v terapii koktavosti	34
7.4.5. Další techniky.....	35
7.5. INTERAKČNÍ TERAPIE	35
7.6. MOŽNOSTI TERAPIE PSYCHICKÉ TENZE.....	36
7.6.1. Psychická tenze u chronické koktavosti	36
8. PROGNOZA.....	38
8.1. RECIDIVY	39
9. KDE SE SETKÁVÁ LOGOPEDIE S ARTETERAPIÍ.....	39
9.1. KOMUNIKACE	39
9.2. SEBEPOJETÍ, SEBEHODNOCENÍ.....	41
9.3. VÝVOJ OSOBNOSTI S HANDICAPEM.....	43
9.4. PSYCHOSOMATICKÉ VLIVY.....	44
9.5. STRES.....	45
10. PROJEKTIVNÍ METODY A ARTETERAPIE.....	47
11. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA JULIE N.....	50
11.1. ANAMNÉZA	50
12. ARTETERAPEUTICKÁ SETKÁNÍ S JULIÍ N.....	53
12.1. I. SETKÁNÍ.....	53
12.2. II. SETKÁNÍ.....	55
12.3. III. SETKÁNÍ	58
12.4. IV. SETKÁNÍ	60
12.5. SAMOSTATNÁ PRÁCE KLIENTKY	62
12.6. SAMOSTATNÁ PRÁCE KLIENTKY	63
12.7. V. SETKÁNÍ	65
12.8. VI. SETKÁNÍ.....	65
12.9. VII. SETKÁNÍ.....	67
12.10. VIII. SETKÁNÍ	69
12.11. IX. SETKÁNÍ	70
12.12. X. SETKÁNÍ	71
12.13. XI. SETKÁNÍ.....	72
12.14. XII. SETKÁNÍ.....	73
12.15. INTERPRETAČNÍ ÚVAHA PARALEL VÝTVARNÉHO PROJEVU A ŽIVOTNÍ REALITY JULIE N.	74
13. ANOTACE.....	75
14. ZÁVĚR.....	75
15. LITERATURA	76

Děkuji PaedDr. Evženovi Peroutovi za odborné vedení práce. Za konzultace k praktické části Mgr. Marii Růžičkové. Za umožnění praxe i spolupráce se Soukromou klinikou LOGO, s.r.o. v Brně a Občanským sdružením LOGO v Brně PaedDr. Iloně Kejklíčkové Ph.D. a ostatním pracovníkům Soukromé kliniky LOGO, s.r.o., bez kterých by tato práce nevznikla. Poděkování patří také všem klientům s dg. balbuties, kteří jsou ochotní sdílet se mnou své životní příběhy a podávat o nich svědectví prostřednictvím výtvarného vyjadřování. Děkuji také všem, kteří podpořili vznik této práce: Bc. Petrovi Štěpánkovi, Pavlovi Mikyskovi, sestře Magdaleně a svým rodičům.

1.ÚVOD

Téma své bakalářské práce Využití metody arteterapie u balbuties (kóktavost) jsem si zvolila i z důvodu svého paralelního studia na PdF MU v Brně, obory: speciální pedagogika, specializace logopedie a surdopedie a výtvarná výchova. Dlouhodobě docházím na praxi a spolupracuji se Soukromou klinikou LOGO, s.r.o, kde se věnuji především dospělým balbutikům. Jak v rámci kolektivních logoterapií, tak i týdenních pobytů, ve kterých je v časových blocích vymezen čas pro arteterapii.

Cílem bakalářské práce je poukázat na metodu arteterapie, jako na vhodnou součást komplexní terapie u klientů s dg. balbuties. Kóktavost je porucha plynulosti řeči. Balbutici mají s verbálním vyjadřováním potíže a arteterapie jim nabízí řeč symbolickou, prostřednictvím které, se mohou přiblížit náhledu na svůj komunikační problém.

První část práce je teoretická, týká se pojetí kóktavosti z logopedického hlediska. Pojednává o uvedení do problematiky kóktavosti, dysfluence, klasifikace, syndromologie, poukazuje na možnosti diagnostiky a zabývá se technikami a metodami terapie symptomů kóktavosti, protože příčinu stále hledáme.

Další kapitola se soustředí na psychologické aspekty kóktavosti. Fixování kóktavosti značně souvisí s psychickými aspekty, jako jsou např. stres, psychická tenze, sebepojetí klienta atd. Tato část by měla ukázat, kde se vlastně setkává logopedie s arteterapií.

Praktická část se sestává z kazuistiky mladé ženy s dg. balbuties, obsahuje její výtvarnou tvorbu, záznamy z rozhovorů vedených při arteterapeutických setkání, interpretace, komentáře a reflexe k dlouhodobé práci s klientkou.

2. CO JE TO KOKTAVOST?

2.1. Vymezení pojmu

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí koktavost v Mezinárodní klasifikaci nemocí z roku 1992 pod kódem F.98.5. O koktavosti (lat. *balbuties*) hovoří Lechta (2004, s.16-17) takto: „Koktavost pokládáme za jeden z **nejtěžších druhů narušené komunikační schopnosti** (dále jen NKS). Je to **multifaktoriální, dynamický a variabilní syndrom NKS** se složitou symptomatikou, která je často důsledkem několika parciálních, vzájemně se prolínajících, navazujících anebo recipročně i souhrnně reagujících příčin.“

Peutelschmiedová, (1994, s.9) shrnuje starší pojetí definic koktavosti: „Definice koktavosti není jednoduchá. Z řady složitých formulací ještě donedávna platila ta nejjednodušší: Koktavost je neuróza řeči vyskytující se převážně v dětském věku. Ještě před dvaceti lety byla koktavost v našich odborných publikacích uváděna zásadně jako funkční porucha- tedy vše je v pořádku, jen to nefunguje, jak by mělo. Poslední dobou se odborné úvahy odklání od neurózy a pouhé funkční poruchy k poruše vzniklé na organickém podkladě. Naše nejnovější učebnice logopedie řadí koktavost trochu bezradně **mezi poruchy plynulosti řeči.**“¹

V současnosti využíváme širších, komplexnějších definic: Dle Wirtha (1990, cit. dle Lechta, 2004, s.16) „je koktavost přechodně se vyskytující, **na vůli nezávislé NKS, často neznámé etiologie**, pro než je charakteristické napjaté, němé setrvávání v artikulačním postavení (tonická koktavost), natahování (klonická koktavost), vyhýbavé reakce (zaměňování slov, přestrukturování vět).“ Koktavost pokládáme za **syndrom komplexního narušení koordinace orgánů** ovlivňující mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti řeči (Lechta 1990).

„I když u koktavosti jde primárně o narušení **nesymbolických procesů** tj. narušení plynulosti řeči, projevuje se zpravidla i v **symbolických procesech** (vliv na koncipování myšlenek, časté parafráze bránící spontánnosti volby adekvátních výrazů a spontánnosti vůbec; kromě toho při těžkém stupni může porucha plynulosti interferovat s komunikačním záměrem až do té míry, že recipient nemusí pochopit balbutikovu informaci). Je známo, že

¹ Neplynulost shrnuje LECHTA (2004) takto: „...“neplynulý“, „dysfluentní“ je takový mluvní projev, který je nesouvislý: jehož „hladký, lehký tok“ je něčím přerušován. Fenoménem, jímž je projev přerušován, jsou v tomto případě nápadné, evidované přestávky – pauzy.

koktavost má velmi nepříznivý zpětný vliv na osobnost člověka, na jeho osobní, školní, pracovní i sociální adaptaci. Častým problémem bývá samotná prezentace komunikačního záměru.“ (Lechta, 2004, s.17)

2.2. Výskyt

Sandrieser a Schneider (2001, cit. dle Lechta, 2004) charakterizují incidenci koktavosti jako část celkové populace, u níž se někdy v životě projevily symptomy koktavosti. Z dotazníkového průzkumu Andrewse a Harrise (cit. dle Lechta, 2004) vyplývá, že z 1000 dětí starších 16 let mělo 5 % dětí problémy se zakoktaváním trvajícím déle než šest měsíců. Jen přibližně u 1 % dětí se vyvinula chronická koktavost. To znamená, že 60 – 80 % těchto dětí, které byli diagnostikovány jako koktavé, koktavost úspěšně překonalo.

„Navzdory rozdílům v postupech a definování koktavosti se všeobecně odhaduje, že se **zakoktavá asi 1 % dětí školního věku**“ Hood (1999, cit. dle Lechta, 2004, s.19).

Podle Guitara (1998, Lechta 2004) bylo v mateřských školách 2,4 % dětí s koktavostí. Hood (1999, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že prevalence koktavosti po pubertě mírně klesá a v dospělosti je pravděpodobně o něco nižší. Sandrieser a Schneider (2001, cit. dle Lechta, 2004), ale tvrdí, že protože je remise po pubertě vzácná, **výskyt v dospělé populaci je rovněž přibližně 1 %**.

Je známo, že koktavostí trpí více mužů než žen. Sandrieser a Schneider (2001, cit. dle Lechta, 2004) k tomu uvádí, že zpočátku je poměr výskytu koktavosti u chlapců i děvčat stejný. Během patogeneze se výskyt posune v neprospěch chlapců (přibližně 3x více než děvčat) a Kehoe (2001, cit. dle Lechta, 2004) říká, že **asi 80 % dospělých balbutiků jsou muži**.

K počátku koktavosti uvádí, Sandrieser a Schneider (2001, cit. dle Lechta, 2004), že polovina všech koktavých dětí se začíná zakoktavat před 4. rokem života. Do 5. roku se zakoktavá 75 %, do 6. roku 90 % dětí s tímto NKS. S těmito autory souhlasí další: Natke, Bloodstein, Silverman a Yairi, že po 12. roce lze stěží očekávat počátek koktavosti (Lechta, 2004, s.19).

V anglické literatuře se z tohoto důvodu používá termín *developmental stuttering*, aby byl zdůrazněn vznik, zpravidla, během dětského vývoje.

Podle Lechty (2004) je prevalence koktavosti přibližně 1 %, ale **incidence** (ohrožení populace koktavostí) je **5 %** a proto bychom se měli této části populace, z pohledu balbutologie patřičně věnovat.

2.3. Klasifikace koktavosti

2.3.1. Podle Kondáše a Hesseho

Podle **stupňů** se rozlišuje tří- nebo čtyřstupňová klasifikace. Třídění podle Kondáše a Hesseho (cit. dle Lechta, 1990):

1. stupeň (*balbuties levis*): minimální příznaky, hlavně ve stresových situacích, klony, bez souhybů, logofobie.
2. stupeň (*balbuties gradus medius*): zjevné a časté příznaky v obligátních komunikačních situacích, lehké až střední synkinézy.
3. stupeň (*balbuties gravis*): výrazné projevy, provázené zjevnými a poměrně častými spazmy řečových orgánů. Těžké synkinézy. Zábrany v mluvení.
4. stupeň (*balbuties gravis inaptus*): nápadné křeče často znemožňující komunikaci, rozvinutá logofobie, embolofrázie. Spontánní upřednostňování písemné formy komunikace před zvukovou.

2.3.2. Podle Meréi a Vinczéne

Podle **geneze** rozlišují Mérei a Vinczéne (1979, cit. dle Lechta, 1990)

- **fyzilogickou** koktavost (fyzilogické těžkosti v řeči)
- **kombinovanou** koktavost s breptavostí
- **dysartrickou** koktavost (v pozadí je mozkové poškození)
- **dysfatickou** koktavost při centrálním mozkovém poškození
- **hysterická** koktavost (bez tonů a klonů, opakování slabik, slov, až série slov)
- **traumatická** koktavost

2.3.3. Podle Lechty (2004) na incipientní, fixovanou a chronickou

Incipientní koktavost (z lat. *incipio* – začínající, vznikající) se váže zejména na předškolní věk. Tato vývojová, iniciální koktavost začíná bez výjimky tzv. **klonickou formou**. Lze pozorovat častější námahu, i únikové chování a startéry. Vědomí poruchy zatím neexistuje, nebo je nejasné. Hovoříme o „**momentální frustraci**“ v okamžiku dysfluence. Důležité je diferencovat incipientní koktavost od **vývojové dysfluence** (bez psychické tenze a nadměrné námahy).

Pokud realizujeme terapii již v tomto věku, je zapotřebí kratší doby, častěji dochází k automatizaci plynulosti a k vyléčení. Většina terapeutů aplikuje u dětí mezi 3. a 8. rokem života terapii **tvarování plynulosti** (ne modifikace koktavosti, sebeuvědomování v předškolním věku není na přiměřené úrovni). Důležitá je **včasnost** terapie. Snažíme se o

to, aby dítě mělo zážitek z fluence, zvýšil se jeho pocit potěšení a úspěšnosti v komunikačních situacích.

Fixovaná koktavost

Jedná se zpravidla o koktavost přetrvávající z předškolního věku. Vymezuje se přibližně do věku 6 – 13 let. Při nepříznivé prognóze dochází postupně k zhoršování, k „navrstvení“ symptomatiky a vzniká tak **fixace koktavosti**. Charakteristické jsou symptomy koktavosti v oblasti tenze (začínající strach z koktání), námahy a dysfluence. Pokračuje vliv rodiny a přidává se konfrontace s **nároky školního prostředí**; v oblasti kognitivní, jazykových schopností, citové, sociální a dalších. Nesprávným přístupem ve školním prostředí, ze strany učitele a spolužáků, může dojít k tzv. didaktogenii jako příčině vzniku či zhoršení koktavosti. Skupiny vrstevníků hrají v tomto věku velkou roli. S odmítáním a výsměchem může postupně vzniknout negativní obraz sebe sama, v těžších případech až odmítání sociálních kontaktů. Koktavost se fixuje jako podmiňovaná odpověď v důsledku předcházejícího zážitku. Jedním z prioritních cílů terapie fixované koktavosti je úsilí **eliminovat tenzi** související s představou potřeby komunikovat. Eliminace psychické tenze je důležitější než případná eliminace dysfluence. Už při fixované koktavosti může dojít k **recidivě**.

Ze **sociálních stresorů** sem patří např. **sociální vztahy** jako takové (např. konkurence, rivalita mezi sourozenci), nepravdivý **průběh každodenních aktivit** v rodině (např. snídane, ukládání do postele), nepředvídatelná **hektika** a **časový tlak**, nepříznivá **rodinná konstelace** (např. časté návštěvy příbuzných, známých, konflikty), **nesplnitelná očekávání** (vědomé nebo nevědomé přetěžování dítěte neustálým srovnáváním s jeho vrstevníky apod.), **málo času**, který rodiče dítěti věnují apod.

Mezi **komunikační** stresory patří **nevhodný komunikační styl**, **nevhodný styl interakce vzhledem k zakoktání dítěte**. Dále k tomuto Sandrieser a Schneider (2001, cit. dle Lechta, 2004 s.178) uvádí: „Schulze u koktavých dětí zjistil signifikantně **rozdílný komunikační styl jejich otců versus matek**, Meyer a Freeman ověřili, že matky koktavých dětí hovoří se svými koktavými dětmi rychleji než s nekoktajícími – plynule mluvící děti byly při hovoru matkami vzácněji přerušovány než děti koktavé.“

Tři druhy faktorů, které vedou k chronické koktavosti: **disponující** (např. dědičnost), **vyvolávající** (např. trauma) a **fixující** – „generalizující“, stabilizující (způsob interakce v rodině apod.).

Chronická koktavost

Člověk s chronickou koktavostí se musí naučit se svým narušením plynulosti řeči žít. Proces smíření s tímto faktem může mít více fází a trvá různě dlouhou dobu. K momentům signalizující nebezpečí chronicity zařazuje Johannsen (2001, cit. dle Lechta, 2004), raný začátek koktání, nápadnou, ani po čase neredukovanou symptomatiku, mužské pohlaví, další balbutik v rodině a levorukost. Habituační příznaků se obvykle vyhroť do té míry, že balbutik dokáže **anticipovat své dysfluence**.

Podle Wirtha (1990, cit. dle Lechta, 2004) lze u dospělých balbutiků pozorovat stereotypní, individualizovaný vzorec chování s vyhybavými triky a evidentní nadměrnou námahu. Obvykle už se nevyskytují remise, ale fáze silnějšího a slabšího zakoktavání, které závisí na stresu a zátěži. Charakteristické je **sebekritické myšlení, emocionální zainteresovanost na koktavosti, vývoj neurotických symptomů**, zoufalství, občas dokonce pokusy o sebevraždu nebo agresivita.

Lechta s Vaňharou, (1984, cit. dle Lechta, 2004) zkoumali faktory ovlivňující koktavost a kromě uvedených v kap. 4.1., sem řadí ještě únavu, požití alkoholu a rychlou řeč.

Chronická koktavost může zasáhnout osobnost člověka v tom nejširším slova smyslu. První charakteristikou, jíž chronicky koktaví často hodnotí svou osobnost je právě to, že koktají. Výhodou u dospělých balbutiků bývá, že dokáží **převzít plnou odpovědnost** za svou terapii (vč. práce mimo prostředí ambulance) Guitar (1998, cit. dle Lechta, 2004).

Wirth (1990, cit. dle Lechta, 2004) tvrdí, že „**posilování koktavosti**“ závisí ve smyslu teorie učení na třech typech posilujících faktorů:

1. Prostřednictvím symptomatiky zakoktavání se může balbutik vyhnout určitým požadavkům, nepříjemným životním situacím apod. Koktavost takto přetrvává na základě úspěšného *vyhnutí se určitým podnětům*.
2. Koktavost přetrvává, protože umožňuje *redukci nebo eliminaci negativních podnětů* – např. stavu napětí v organismu. Potřeba vyslovit slovo, zažité jako „obtížné“ vede k nárůstu strachu. Napětí stoupá, dojde k zakoktání. Tím nastane vybití svalového spazmu, pokles napětí redukce strachu: anxiózní anticipace končí.
3. Koktavý člověk se může prostřednictvím svého NKS *snažit o přízeň a celkový příklon svého okolí*. Koktavost může vzbuzovat shovívavost, zvláštní výhody i těch oblastech, které s koktavostí nesouvisejí. I jiné problémy a neúspěchy se pak mohou omlouvat koktavostí.

Nejkomplexněji lze charakterizovat chronickou koktavost z hlediska extralingvy².

V **modelu extralingvistických symptomů koktavosti** (Lechta, 2004) se vzájemně prolínají:

Osobnost – fobická (logofobické rysy až logofobie) a anticipační anxieta

Chování – narušené kverbální chování, jako např. vyhýbání se zrakovému kontaktu, synkinézy, nepřírozená mimika

Fyziologie – vegetativní symptomatika

„S postupující chronicitou se těžiště symptomatiky u balbutiků stále více posouvá do oblasti psychické tenze. V době dospívání se zvyšuje vědomí poruchy a koktavost se tím ještě více komplikuje“ píše Vaňhara (2001, cit. dle Lechta, 2004, s.202).

Lechta (2004) k tomuto dodává, že u dospělých balbutiků souvisí variabilita příznaků dysfluence s vystupňovanou psychickou tenzí. Často se stává, že lidé s chronickou koktavostí vykazují nápadnější, těžší, případně i delší dysfluence, když mají uvést informaci, která se jich bytostně dotýká.

Těžiště diagnostiky se u chronické koktavosti stále více přesouvá směrem k psychické tenzi. Mohou se tu aplikovat škály zjišťující pocity a postoje související s komunikací. Jedním ze specifíků diagnostiky chronické koktavosti je skutečnost, že jde o balbutiky schopné takové **introspekce**, kterou lze využít i diagnosticky (např. sebehodnotící škály).

U chronické koktavosti již není kompletní korekce reálným cílem terapie. Jde o **vybudování pocitu kontroly fluence**. Cílem je dosáhnout kontrolované fluence nebo akceptovatelné koktavosti. Na prvním místě je redukce anxiety, dosažení pozitivních postojů, navzdory případné přetrvávající koktavosti, dále minimalizace zvýšené námahy a následně o realistické eliminace dysfluencí.

Z méně známých principů specifických pro tuto oblast se uplatňují:

- Princip **sebekontroly** – udržení výsledků terapie je podmíněno tím, že se klient prostřednictvím systematické terapie stane schopným sebekontroly.
- Dále překonání **komunikační bariéry** – primárně se jedná o **interakční bariéru**, sekundárně o **fyzikální bariéru** (např. problémy s dýcháním).

² „extralingvistický faktor = v. metakomunikace; mimojazykový činitel dokreslující promluvu“
DVOŘÁK, J.: Logopedický slovník, Logopaedia clinica, Logopedické centrum, Žďár nad Sázavou, 2001, s. 67.

- **Modifikace metod přiměřená věku** – dospělí balbutici považují za ponižující používání pomůcek typických pro dětský věk (např. obrázkový materiál), aplikujeme metody přiměřené věku.

V současnosti se stále více rozšiřuje jako základna pro skupinovou terapii **svépomocná skupina**. Takové skupiny zakládají lidé s chronickou koktavostí v mnoha zemích. V roce 1990 vznikla v Evropě ELSA (*European League of Stuttering Associations*), která sdružila svépomocné skupiny balbutiků z dvanácti zemí. Skupiny mohou fungovat pod řízením terapeuta nebo samostatně. Výhodné je, aby fungovali pod supervizí terapeuta, tak, že svépomocná skupina se střídavě setkává samostatně (členové mají přiměřený pocit nezávislosti) a také s terapeutem. (Lechta, 2004).

3. DYSFUENCE/KOKTAVOST

Dysfuencí máme celou řadu, např. sémantickou, fonologickou, syntaktickou, mnestickou, situační, psychogenní, neurogenní, vývojovou a další.

Při analýze fluence a dysfluence je třeba rozlišit, které pauzy můžeme považovat za „normální“ a které už označujeme jako dysfluenci/zakoktavání.

3.1. Východiska hodnocení podle Lechty (2004):

3.1.1. Lingvistické východisko

Dysfluence/zakoktavání jako suprasegmentální³ jev

Mluvený projev člověka vnímáme v případě dysfluence/zakoktavání především podle čtyř základních kritérií:

1. frekvence výskytu;
2. osobitých kvalitativních znaků;
3. lokalizace;
4. trvání pauz, které v řeči vnímáme

1. **Frekvence výskytu** pauz je nápadná i běžnému posluchači. V diagnostice koktavosti vychází právě kvantifikující přístup z počtu pauz během řeči. Výpočet frekvence výskytu

³ „suprasegmentální (prostředky) lingv. – zvukové jev, které se neodělitelně navrstvují na komplexy fonických jednotek od slabiky výše a dodávají řeči specifické významy: tónový a dynamický přízvuk, intonace, tempo aj.“ DVOŘÁK, J.: Logopedický slovník, Logopaedia clinica, Logopedické centrum, Žďár nad Sázavou, 2001, s. 186.

v porovnání s normou aplikoval ve svém diagnostickém přístupu průkopník balbutologie Van Riper.

2. Pauza při zakoktavání má jiné **kvalitativní znaky** než „normální pauza“. Může mít jiné **nefyziologické příznaky** (např. nadměrná námaha nebo spazmy artikulačního aparátu vyúsťující v nedobrovolné pauzy v řeči), nebo je **jinak kvalitativně odlišná** (např. není bez zvuku), ale je „vyplněná“ hlasitými repeticemi, prolongacemi atd. Křivohlavý (1988, cit. dle Lechta, 2004, s.26) uvádí, že „výzkumy se potvrdilo, že tzv. vyplněné pauzy se vyskytovaly častěji tam, kde bylo možné psychický stav mluvčích charakterizovat jako emocionální rozrušenost.“

3. „Normální“ pauza má primárně své fyziologické pozadí (souvisí s potřebou nádechu při mluvení). Na ni se v zájmu nerušené fungování komunikace vrství tzv. **komunikativně funkční pauza** (lexikálně-syntaktická komunikační pauza) funguje jako signál hranic **významově-komunikativních jednotek**. Sabol (1976b, cit. dle Lechta 2004). Z hlediska nerušeného vnímání komunikátu platí zásada, že fyziologické pauzy musí být lokalizovány v místech lexikálně-syntaktických, komunikačních pauz; musí s nimi splývat. Jsou-li lokalizovány jinde, vnímáme je jako dysfluentní (např. těžký balbutik se nadýchne i několikrát během krátké věty).

4. Pauza **trvá** nápadně dlouho, tudíž působí **rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru** Lechta (2004). V roli posluchače ji vnímáme jako dysfluenci/zakoktání. Malott (2001, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že dospělí balbutici produkovali signifikantně delší pauzy (150 – 250 ms) než kontrolní skupina plynule mluvících dospělých.

Koktavost je primárně problémem pauzy. Další suprasegmentální jevy jsou postiženy sekundárně či terciálně. Mezi ně řadíme zejména tempo, rytmus a melodii řeči. Naopak breptavost, která se také řadí do poruch plynulosti řeči, je primárně problémem tempa řeči a sekundárně problémem pauzy.

Dysfuence/zakoktání v kontextu jazykových rovin

Nejnápadněji bývá narušena *foneticko-fonologická rovina* (sem řadíme již zmíněné prozodické faktory řeči). V kontextu ostatních rovin jazyka mohou být projevy dysfuence/zakoktání rozmanité.

Dysfluence v *pragmatické rovině* mohou, u lidí všeobecně, vznikat v souvislosti s různými vnitřními a vnějšími faktory (např. momentální komunikační situace, subjektivní důležitosti dané komunikační role, aktuálním citovým či fyzickým stavem komunikátora aj.). Jednou z nejnápadnějších charakteristik koktavosti je totiž nekonstantnost jejich příznaků: výzkumem se potvrdilo (např. Lechta a Vaňhara, 1984), že frekvence výskytu koktavosti se může zvyšovat - nebo snižovat – v závislosti na výše uvedených faktorech. K nejnápadnějším vnějším projevům pragmatické roviny u balbutiků patří velmi často narušené **koverbální chování**. Lechta (2004).

Z tohoto důvodu jsou velmi důležité **vnitřní** problémy balbutika, které souvisí s realizací komunikačního záměru...právě tato oblast patří k těm, které balbutiky obvykle nejvíce sužují: jedná se o případy **frustrace** v důsledku nerealizování (anebo neúspěšného pokusu o realizaci) původního **kunikačního záměru**“ (2004, s.29).

Do *lexikálně-sémantické roviny* řadíme to, že balbutikův proces fluence je často narušen parafrázemi (místo původně zamýšleného slova, při němž anticipuje neplynulost, použije slovo jiné, které může, ale nemusí, být synonymem). To způsobuje problémy s **koncipováním výpovědi**.

Morfologicko-syntaktická rovina může být ovlivněna i jako sekundární příznak koktavosti (těžší balbutici mohou usilovat o formulaci co možná nejkratších vět).

3.1.2. Psychologické východisko

„Psychologové u nás v současnosti jako by nebyli příliš motivováni hlouběji se zabýbat problematikou koktavosti“ Lechta (2004, s.30). Což je přinejmenším s podivem, když uvážíme, jak velkou hraje psychika u balbutika roli! Jak uvádí Cooper a Cooper (1995, cit. dle Lechta, 2004, s.30) až v devadesátých letech vzrostl zájem i o **interaktivní, afektivní, behaviorální a kognitivní** komponenty koktavosti. Dále uvádějí: „Je tedy zřejmé, že syndrom koktavosti není jednoduchá jednodimenzionální porucha: afektivní a kognitivní komponenty společně s behaviorálními komponentami jsou jejími signifikantními a integrálními složkami“ (2004, s.30).

Tradiční psychologie obvykle považovala koktavost za **neurózu** (neurotický syndrom), v jejímž pozadí jsou psychogenní faktory, zejména konflikty.

Kondáš (1977, cit dle Lechta, 2004) charakterizoval koktavost jako výsledek konfliktu mezi potřebou mluvit (přiblížení – approach) a úsilím vyhnout se (vyhýbání – avoidance) situaci, která vyvolává strach. Jedná se tedy o známou koncepci (Sheehan, 1953) kolize, rozporu

mezi „approach ↔ avoidance“. Takový konflikt jen faktorem vzniku koktavosti, ale hlavně je faktorem její fixace. Ve smyslu teorie učení je anxieta spojená s koktavostí naučenou anxiétou. (Lechta, 2004)

Freud pokládal za příčinu konfliktu potlačení, tj. mechanismus, s jehož pomocí se odstraňují z vědomí obsahy, které ruší vědomé požadavky. Ty se přesouvají z vědomí do podvědomí. Potlačení konfliktu potom vyvábí předpoklad pro vznik neurózy. Kratochvíl (1998, cit. dle Lechta, 2004). Jak uvádí Kondáš (1977, cit. dle Lechta 2004), Freud za následek nedostatečného potlačení považoval tzv. **chybné výkony** (např. přerěknutí, zapomínání). ⁴ Lechta (2004, s.31) tvrdí: „K těmto chybným výkonům bychom však mohli přiřadit i různé dysfluence, které nejsou „pravou“ koktavostí: zarážky či bloky v řeči, rozličné hezitace, uvíznutí, zaseknutí, zastavení, zadržávání v proudu řeči, „nemožnost“ vzpomenout si na konkrétní jméno, určité slovo atd., způsobené kupř. podvědomými zábranami, konflikty.“

Interaktivní fungování složek, jak je uvádějí Cooperovi (viz výše) je zakotveno i v pojetí koktavosti podle Fernau – Horn (1969, cit. dle Lechta, 2004), která hovoří u neurotické koktavosti o „okruhu zábran“. „Z tohoto pojetí je zřejmé, že k dysfluenci/koktavosti jde jen tehdy, dochází-li k **vzájemnému ovlivňování somatické a psychické oblasti**“ dodává Lechta (2004,s.32).

Z neuropsychologického hlediska (Lurijs, 1975, cit. dle Lechta, 2004) mohou být příčinou dysfluencí i poškození **premotorických oddílů kůry** velkého mozku (ve smyslu poranění, úrazů – orgánových poškození). Poruchy premotorických oddílů mohou narušit fluenci mluveného projevu při přechodu od jednoho prvku k druhému.

V posledních letech jsou stále častěji uváděny názory, které považují koktavost za projev **asynchronní koordinace mozkových hemisfér**. Tím se dostáváme na pomezí psychologie a medicíny.

3.1.3. Medicínské východisko

Současná medicína stojí na rozcestí, kam koktavost zařadit. V řadě lékařském slovníku Vokurka, Hugo (2002, cit. dle Lechta, 2004, s. 32) je zaznamenána dost všeobecně jako „funkční porucha řeči, na níž se podílejí dědičné a psychické vlivy“ Laštovka (1999, cit. dle Lechta, 2004, s.32) vymezuje koktavost tradičně jako „generalizovanou poruchu koordinace činnosti svalových skupin, které se podílejí na motorické realizaci řeči“. Moderní medicína (Vogel, 2000, cit. dle Lechta, 2004) se snaží diferencovat dysfluence/koktavost a

⁴ KYZOUR (2004) k chybnému úkonu mj. uvádí: „...je to výsledek nevědomého přání, konfliktu nebo také myšlení. Je to kompromis mezi silami uvolňujícími a potlačujícími“ (KYZOUR, M.: studijní materiál ateliéru arteterapie JU PedF, nepublikováno, 2004).

psychogenní či neurogenní dysfluence. Dysfluence/koktavost je samostatnou nozologickou jednotkou. U řady chorob může být dysfluence symptomem.

3.1.4. Logopedické východisko

Ze všech uváděných oborů věnuje balbutikům nejvíce pozornosti.

Objektivní východiska hodnocení

Jako nejoperativnější se ukázalo nevycházet z jazykové normy, ale z **komunikačního záměru**. V různých zemích jsou různá pojetí normality plynulosti řeči (promítají se zde specifika jednotlivých jazyků). Většině jazyků navíc **chybí kodifikovaná jazyková norma**, která by stanovila hranici, po jejíž překročení by se jednalo o dysfluenci.

Subjektivní faktory hodnocení

Subjektivní postoje posuzovatele k mluvčímu se mohou promítnout do příliš shovívavého nebo naopak do příliš přísného hodnocení. (A to i závěrečném hodnocení výsledků terapie). **Specifika konkrétní komunikační situace** mohou někdy výrazně ovlivnit plynulost řeči (*negativně* např. nutnost promluvit před větší skupinou, objednat si jídlo v restauraci atd. nebo naopak *pozitivně*, např. známé prostředí a lidé např. skupina při kolektivní terapii, známá je subjektivní vazba na terapeuta a terapeutické prostředí).

4. ETIOLOGIE

V současném pojetí hovoříme o vzájemném prolínání a součinnosti jednotlivých příčin.

4.1. Dědičnost

je nejčastěji uváděnou příčinou koktavosti. Vékássy (1987, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že odhadovaná je někdy až na 40 – 60 %. Oproti tomu Gillam (2002, cit. dle Lechta, 2004) uvádí pouze vliv dědičnosti pouze z 15 %. Drayna (2003, cit. dle Lechta, 2004) informuje o výzkumech pátrajících po specifickém genu způsobující koktavost. V řadě případů se jedná o gen na 18. chromozomu a pravděpodobně částečně i na 13. chromozomu. Böhme (1997, cit. dle Lechta, 2004, s.40) upozorňuje, že se zřejmě dědí jen určitá dispozice a ke klinické manifestaci dochází až při koexistenci konkrétních specifických vnitřních a vnějších podmínek.

„S koktavostí mohou souviset i určité **neuropatické rodinné vloh**y, zejména ze *strany matčiny rodiny: migrény, astma, poruchy krevního oběhu, poruchy trávení a jiné vegetativní poruchy*.“ Wirth (1990, cit. dle Lechta, 2004, s.41). Podle Sandrieser

a Schneidera jsou mužští potomci ženských balbutiků nositeli zvýšeného rizika. Andrews a Harris tuto teorii potvrzují rizikem v procentech: až 36%. Kehoe (2000, cit. dle Lechta, 2004) píše, že u balbutiků existuje **trojnásobně větší pravděpodobnost**, že mezi jejich blízkými příbuznými jsou koktající lidé.

Peutelschmiedová (2001, cit. dle Lechta, 2004, s.41) uvádí „výsledky průzkumu v USA, podle něhož má koktavost na hereditární bázi zřejmě konzistentní efekt a její výskyt vzhledem k pohlaví je mnohem vyrovnanější, než se běžně udává, přičemž přetrvávající koktavost negenetického původu je častější u mužů a může souviset s lepší schopností žen překonat v dětství projevy dysfluence.“

Rovněž je třeba vzít v úvahu i tzv. **řečovou slabost** (viz. Sovák 1981, cit. dle Lechta, 2004, s.41) „jako syndrom existující na rodinné bázi se symptomy různých druhů NKS, které na sebe ve vývoji dítěte postupně chronologicky navazují. Jedním z nich může být právě koktavost (často návazně na breptavost).“

4.2. Sociální prostředí

„Při vzniku koktavosti mohou určitou roli sehrát i negativní vlivy sociálního prostředí, různá psychotraumata (zejména ve smyslu **neurotizace** v domácím i školním prostředí, případně ve skupinách vrstevníků, v zaměstnání atd.)“ (Lechta, 2004, s. 42)

Známa je Johnosonova diagnostogenická teorie z 30. let 20. století „koktavost jako výsledek vlastní diagózy“. Dítě mluví dysfluentně, rodiče ve snaze o plynulost řeči svého potomka, rezultuje zhoršení řeči. Dítě ve snaze vyhovět, eliminovat dysfluenci, anticipuje své obtíže z řeči a dochází k „očekávacímu strachu“. Koktavost se tedy stává tím, co se dítě naučilo účelem nezakoktavat se (2004, s.42).

Peutelschmiedová (2000. cit. dle Lechta, 2004) i (Svoboda, Vágnerová, Krejčířová 2001) se shodují, že by **rodiče neměli být paušálně obviňováni** za koktavost svých dětí (podle zastaralého pojetí koktavost je „neuróza řeči“). Existuje ale názor, že i když rodič nemusí být viníkem, může fungovat jako **činitel fixující koktavost**. Přitom ani nemusí jít o očividné extrémy, jako jsou kupř. výsměch a trestání. Lechta (2004). Rodiče by se měli vyvarovat nežádoucího chování, které by mohlo dysfluenci fixovat jako např. nutit dítě opakovat, opravovat ho (balbutik má na svou koktavost náhled), až po různé formy trestů. Nepodporovat soutěživost mezi sourozenci, které dítě bude v dané chvíli mluvit.

Na dokončování věty, myšlenky, která se nedaří balbutikovi dokončit jsou rozporné názory. V případě dětských balbutiků je spíše zastáván názor dokončování, aby se fixací koktavosti nebránilo řečovému automatismu. Je uváděno, že dokončování za balbutika ho stresuje.

U dospělých balbutiků je preference dokončování jinou osobou individuální. Prof. Dr. Shapiro zastává názor, že i u dětských balbutiků je vhodné se na preferenci ne/dokončení zeptat.

„Prostředí na balbutika může fungovat v pozitivním i negativním smyslu jako **etiologický** (při vzniku a při fixaci koktavosti), **terapeutický** (podílející se na korekci a automatizaci) a **postterapeutický faktor** (jako stabilizující anebo recidivu způsobující činitel)“ (Lechta, 2004, s. 43).

4.3. Psychické procesy

S faktory sociálního prostředí jsou obvykle úzce spjaty specifické psychické procesy. Často hraje důležitou úlohu i endogenně podmíněná psychická rezistence člověka ohroženého koktavostí.

Několik teorií uvádí Wirth (1990, cit dle Lechta, 2004):

- **Teorie učení:** koktavost je situačně nesprávně naučeným řečovým chováním, které je fixované a regulované svými důsledky a vyvolávajícími podněty. Na jedné straně je strach dítěte, na druhé reakce vztahové osoby. *Pozitivními* důsledky mohou být např. povzbuzení, redukování strachu, odbourání napětí bezprostředně po ukončení zážitku spazmu. *Negativní* naopak např. únikové a vyhýbavé chování, negativní sebehodnocení, komplex méněcennosti.
- **Schwartzova teorie laryngospazmu** (1991) vychází z reflexní křeče (nemusí jít vždy o křeč, ale o blok) hrtanu, která je podmiňována stresem. Mezi základní stresory patří např. situačně podmíněný stres, slovní nebo hláskový stres, stres z autoritativních osobností, stres z nejistoty, z rychlosti, z události, fyziologický stres.
- **Porucha interakce:** podle Wyattovy koncepce vzniká koktavost v souvislosti s **krizemi ve vztahu matka – dítě během vývoje řeči dítěte**. Dítě je při přechodech mezi vývojovými stupni řeči řečově labilní. Je proto důležitý správný mluvní vzor a nenarušená interakce mezi matkou a dítětem. „Určité dispozice (orgánové, konstitucionální, psychické, sociální faktory) mohou vést k základním odchylkám, které při navazující nevhodné interakci mezi dítětem a vztahovými osobami usnadňují vznik koktavosti“ Motsch (1983, cit. dle Lechta, s. 44).
- Koktavost jako **důsledek interpersonálních konfliktů**. Shennanova teorie konfliktu rolí A↔A (approach ↔ avoidance), (viz. 2.1.2). Balbutik se pohybuje mezi dvěma cíli přání

mluvit, ale zároveň z obavy z koktání mlčet, zároveň se stresem z nutnosti promluvit. Situace se opakuje, takže balbutik se nachází v „trvalém stavu vnitřního konfliktu“.

- **Neuróza:** koktavost je v tomto pojetí vnějším příznakem nepřekonaného, nevyřešeného interpersonálního konfliktu, potlačení konfliktu z období ranného dětství (primární neuróza). Jako důsledek koktavosti může vzniknout i sekundární neuróza. Průkopnicí v této oblasti je Fernau-Horn (1969), která rozlišuje koktavost na: preneurotickou, neurotickou (očekávací, okruh zábran, úzkostně-neurotickou, vrstvou neurózu, až spirálu zábran) a charakterogenní.
- Jiná vysvětlení **psychoanalýzy:** obvykle se vychází z teorií Adlerovy individuální psychologie. Vychází se zde z nevědomých příčin koktavosti. Považuje ji za „neuroticky nesprávný výkon“, který vysvětluje na základě „individuálního životního stylu“. Koktavost podle Adlera vzniká jako cílevědomé (subjektivně smysluplné) chování k uspokojení určitých, individuálně odlišných potřeb osobnosti.

With uvádí další možné příčiny v této oblasti: snaha o získání pozornosti, **boj dítěte o pozici v rodině**, odmítání dítěte ze strany rodičů, hyperautoritvní nebo hyperprotektivní rodič, **rivalita mezi sourozenci**, neopětovaná láska k otci nebo k matce, potlačení řečové spontaneity dítěte, narození mladšího sourozence, anxioza dítěte, přehnané požadavky ze strany rodičů, obtíže ve škole, komplexy méněcennosti, náhlá duševní nebo fyzická zátěž, zážitek z leknutí, psychický šok.

Z hlediska balbutologie je zajímavý boj dítěte o pozici v rodině, rivalita mezi sourozenci. Věkový odstup mezi sourozenci se, z psychologického pohledu, doporučuje tři roky, tříleté dítě je právě v tomto věku v období fyziologických dysfluencí (Lechta, 2004)!

Psychické faktory mohou působit i jako spouštěcí faktor při hereditární zátěži.

4.4. Orgánové odchylky

Podíl orgánových příčin a jejich lokalizace se stále hledá. Teorie se vyvíjí, názory se různí. Postupem času stále častěji přibývalo koncepcí lokalizujících příčinu do rozličných **korových a podkorových oblastí mozku**. Lechta (2004, s. 46) uvádí, teorie autorů do historie až po současnost:

Seeman (1955) zmiňuje teorii o striopallidární lokalizaci koktavosti.

Böhme (1977) uvádí perinatální encefalopatii.

Podle Van Ripena (1971) se jedná o disharmonii mezi auditivní a taktilně-kinestetickou zpětnou vazbou.

Wirth (1990) řadí mezi etiologické faktory lehkou mozkovou dysfunci (dále jen LMD).

Conture (2001) říká, že 10 – 20 % dětí s koktavostí vykazuje určitý stupeň ADD/ADHD, Healey a Reid (2003) dokonce udávají 4 – 26 %.

Podle Wirtha (1990, cit. dle Lechta 2004, s.46-47) „porucha **neuromuskulární koordinace** dýchání, hlasu, mluvení a okruhu regulace řeči jako příčina koktavosti souvisí s desynchronizací časových buněk v **talamu**. Pokud jde o **opožděnou sluchovou vazbu** jako etiologický činitel, tvrdí, že balbutici kontrolují svoji řeč především tím uchem, ze kterého nervové dráhy neprobíhají bezprostředně do dominantního sluchového centra. To vede ke zpomalení doby přenosu zpětné vazby pravé a levé **hemisféry probíhající asynchronně** nebo vzájemně interferují.“

Dále hovoří o **dyskoordinaci mozkových hemisfér** v souvislosti se zvýšenou aktivací pravé, místo levé hemisféry při řečových úlohách. Tvzení odborníku, potvrdily výkumy PET⁵: balbutici vykazovali vyšší pravoemisférovou aktivitu. Gillam (2000, cit dle Lechta, 2004) se domnívá, že balbutici využívají pravou hemisféru pro funkce, které lehčeji zvládá levá hemisféra.

Uvažuje i o poruše centrálního řízení periferně-motorických pochodů a jejich koordinace jako příčině koktavosti.

Paraligvistický – pravoemisferální systém, odpovídá za vokální a prozodické funkce.

Lingvistický – levoemisferální segmentální systém, je odpovědný za jazykový obsah, sémantiku, syntax a fonologii.

Logan (1999, cit. dle Lechta, 2004) k problematice hemisfér dodává, že pokud není žádná z nich dominantní vzniká tak dyskoordinace a dysfluence.

Průzkumy dichotického poslouchání balbutiku se různí. Manning (2001, cit. dle Lechta, 2004) hovoří o preferenci levého ucha u balbutiků.

Pozoruhodná je Loganova (1999, cit. dle Lechta, 2004, s.49) definice na pomezí neurologie a psychologie: „Jedinec se snaží o kompenzaci zvýšenou námahou a sekundárním chováním. Tato naučená, v limbickém systému vzniklá anxiózní odpověď postupně formuje sebedůvěru jedince, který se sám začne považovat za balbutika“.

⁵ PET – pozitronová emisní tomografie je neinvazivní vyšetřovací metoda, jedna z nejnovějších možností diagnostického zobrazení. Na rozdíl od jiných zobrazovacích metod, které umožňují pouze identifikaci anatomických stuktur, PET zhodnotí metabolickou aktivitu buněk a upozorní, s vysokou přesností, na funkční změny orgánů.

http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky%5Caktuality%5Ctiskove_zpravy%5Cpet.pdf

Limbickému systému je přiřazováno **centrum emocí**. I to je strukturováno párově. Pravá polovina holisticky (je-li tento systém příliš aktivován dochází k „zahlcení“ vnitřním emočním prožíváním). Levá polovina je sekvenční (souvisí s iniciací řeči).

4.5. Jiné druhy NKS

Uvádí se, že výchozím bodem k rozvoji koktavosti může být i **breptavost**. Na základě specificky mluvní nejistoty, kterou může způsobit přístup k řeči dítěte s **opožděným vývojem řeči**, se také může koktavost rozvinout.

4.6. Další příčiny

Mezi tradiční příčiny koktavosti patřila **levorukost**. (Sovák /1981/ upřesnil, že jde o násilné přecvičování leváků), **poruchy metabolismu**, **vegetativní labilita** (Seeman, 1955, cit. dle Lechta, 2004), Nadoleczny (1962, cit. dle Lechta, 2004) uvádí napodobování, ale o tomto faktoru se již dnes neuvažuje. Polemizuje se o **vícejazyčnosti**.

4.7. Patogeneze

Je důležité odlišit vznik koktavosti z vývojového aspektu; zda vznikla **z vývojových dysfluencí** nebo později či jinak. Ve většině případů vzniká koktavost v předškolním věku, méně v prvních letech školní docházky, sporadicky v pubertě a zcela ojediněle v dospělosti. Průměrný věk vzniku koktavosti 3,13 roku, což je právě v období vývojových dysfluencí, tj. 2 – 5 let. (Johannsen, 2001, cit. dle Lechta, 2004)

4.8. Rizikové faktory

Mezi důležité rizikové faktory řadíme.:

- **Nápadnosti v řeči** (opožděný vývoj řeči)
- **Rodinná predispozice**
- Výrazný **nedostatek sebedůvěry**

A další:

- **Příliš vysoké aspirace** (extrémní ctižádostivost)
- **Orgánové odchylky CNS**
- **Rozličné odchylky v psychomotorickém vývoji**
- **Náhlé změny kvality života** (úmrtí, rozvody, první návštěvy mateřské školy, příp. základní školy s náhlou změnou životního stylu)
- **Neurotizaci** (nevhodné výchovné prostředí, zanedbávání, perfekcionistická výchova, prudké výměny názorů – „scény“ v rodině, vážné onemocnění, hospitalizace atd.)

- **Nevhodný způsob interakce** (neadekvátní a nekonzistentní poslouchání toho, co dítě říká, verbální „bombardování“, konkurenční řečové prostředí, přerušování řeči, příliš kritických poznámek, časový tlak, stres související s komunikací, trestání, výsměch atd.)

Z uvedeného výčtu (dle Lechty, 2004, s.56) je zřejmé, že nezanedbatelná část faktorů souvisí s psychikou a vlivy primární rodiny na daného jedince.

5. SYNDROMOLOGIE

Koktavost je syndromem variabilním a dynamickým. Projevuje se různě z hlediska příčin, průběhu, fixace, vhodné terapie i prognózy.

5.1. Psychická tenze

Na vnitřní neklid – psychickou tenzi může navazovat strach jako nepříjemný zážitek se specifickým neurovegetativním doprovodem. Postupně se může spojovat jak s prožitými zkušenostmi, stále více se vázat na představitost (anticipační úzkost) a v případě nepříznivé prognózy vyústí až do **logofobie** (chorobného strachu z vlastního mluvního projevu). V MNK-10 začleněna jako „fobie specifická“ (Lechta, 2004).

Logofobie je komplikovaný fenomén, který není statický ani homogenní. Někteří autoři ji nepovažují za důsledek, ale za jednu z příčin koktavosti. Z jejích projevů se často uvádí: chorobný ostych v sociálních situacích, zvýšený stupeň anxiety, afektivní poruchy, subdepresivní nálady a další neurotické příznaky (s. 69).

Stupeň logofobie nemusí být přímo úměrný stupni koktavosti (Pravdinová, 1973, cit. dle Lechta, 2004).

Podle Sováka může koktavost přetrvávat i poté, co se koktavost odstraní (cit. dle Lechta, 2004)

Téměř polovina dospělých balbutiků upřednostňuje písemný styk před ústním. Obavy před verbální komunikací byly relevantní i při výběru životního partnera nebo budoucího povolání. Z toho je zřejmé jak velký dopad na kvalitu života balbutika tyto faktory mají (Lechta, 2004).

Koktavost se liší od jiných druhů NKS **variabilitostí dysfluence**: frekvence, stupeň i trvání jednotlivých příznaků dysfluence balancují v závislosti na proměnných, které závisí právě s psychickou tenzí.

Výzkumy ze sociální psychologie (Lindzey, Aronson, 1968, cit. dle Lechta, 2004) dokazují predikabilitu zakoktavání v případech neslučitelnosti určité role a **sebekoncepcí**

balbutika. Komunikace s autoritou nebo osobou s vysokým sociálním statusem vyžaduje realizaci takovéto role – dochází tedy k dysfluenci.

Polaczek a Homefield (50.léta, 20.stol.) výzkumy prokazují, že „*nošení masky ulehčovalo koktavým chlapcům fluentní komunikaci až do té míry, že se přitom ztrácela jejich koktavost. Poté co se masky odstranily, se koktavost opět objevila*“ (Lechta, 2004, s. 69-70).⁶

V souvislosti se situacemi, v nichž balbutik dopředu anticipuje komunikační problémy a psychickou tenzí, která se na ně váže, dochází často k **vyhýbavému chování**. Naopak ke zlepšování docházelo v situacích, ve kterých byla záměrně snížena psychická tenze: mluvení ve tmě, pod vlivem lehčích narkotik mluvení k „sobě samému“. Balbutici uváděli konkrétní situace související s psychickou tenzí: rozčilení, nutnost odpovědět na nečekanou otázku, komunikace s neznámými lidmi ve stavu psychického vyčerpání. Z hlediska specifík podle pohlaví bylo zajímavé, že žádná žena neuvedla jako negativní faktor nutnost mluveného projevu na veřejnosti a rozhovor s nadřazeným (Vaňhara, Lechta, 1980, cit. dle Lechta, 2004).

Wirth hovoří o specifických znacích vyvolávajících koktavost, označuje je jako „**cue**“. „Cue“ se stává signálem nebo podnětným vzorcem pro určité chování (zakoktání), původně neutrální podnět se ve smyslu podmiňování postupně stává signálem selhání řeči a vyvolává psychickou tenzi, strach. Wirth rozděluje „cue“ na řečové, situační a reakci balbutika na symptomatiku jako vyvolávající moment (Wirth, 1990, cit. dle Lechta, 2004).

Při běžné komunikaci očekáváme, že za určitou časovou jednotku dostaneme přiměřené množství informací. Tato skutečnost vyvíjí na mluvčího tlak, aby mluvil určitým tempem. Specifický časový tlak by se dal nazvat jako **percepční úzus komunikace (PKÚ)**. Tlak na balbutika je subjektivně zkreslený, předimenzovaný. Povědomí o něm také může u balbutika zvyšovat psychickou tenzi, která má vliv na komunikační výkon. Kromě té se často projevuje i ve zrychleném, nebo naopak zpomaleném tempu řeči. Povědomí PKÚ je pro balbutika enormě stresovým řečovým faktorem. Prognosticky je to velmi nepříznivý faktor, neboť se fixuje paralelně se vzrůstající chronicitou koktavosti (Lechta, 2004).

Jedním z vážných činitelů fixující koktavost může být i **coping** (angl.) – způsob vyrovnávání se s koktavostí, způsob zpracování koktavosti. Nesprávný coping zvyšuje psychickou tenzi a následně zhoršuje fluenci řeči (2004, s.72).

Další příznaky se týkají např. **koverbálního chování** (více v kap. 4.2.) související s psychickou tenzí.

⁶ Někteří herci-balbutici na jevišti nebo před kamerou hovoří plynule (Lindzey, Aronson, 1968, cit. dle Lechta, 2004)

5.2. Nadměrná námaha

Každý mluvní projev je i určitou fyzickou námahou, v běžné komunikaci však nadměrnou fyzickou námahu neevidujeme. U balbutiků ji však potvrzují snímky PET. Navenek je nadměrná námaha balbutika postřehnutelná ve **vegetativních příznacích** (pocení, zčervenání), zjevným **fyzickým úsilím** při překonávání bloků artikulačního aparátu (projev i v grimasách, gestikulaci). To vše zahrnujeme pod pojem **koverbální chování**. Chápeme ho jako chování komunikátora během komunikačního procesu. Existuje mnoho různých projevů narušeného koverbálního chování (Lechta, 2004).

Může se jednat např. o vyhýbání se zrakového kontaktu, tiky, odkašlávání, manipulaci s oblečením jako projev rozpaků, vegetativní projevy, jako je kupř. červenání, povrchní dýchání, pocení, třes rukou aj. (Wirth, 1990, cit. dle Lechta 2004). Dále kývání nebo kolébání, chytání se za krk (pravděpodobně ke snadnějšímu překonávání spasmů), přešlapování z nohy na nohu. Koverbální chování může být nepatrné, nebo velmi nápadné, může působit rušivě na komunikačního partnera. Může se z něj vyvinout zlozvyk, který přetrvává i po odstranění koktavosti (Lechta, 2004).

Fiedler a Standop připisují této doprovodné symptomatice tak velký význam, že může představovat jakési „signály nebezpečí“, indikovat kupř. signál ohrožení koktavostí (Fiedler, Standop, 1986, cit. dle Lechta, 2004).

Koverbální chování má tedy psychické (související s rozpaky) i fyziologické (související se snahou překonat bloky artikulačního aparátu) pozadí.

Nadměrná námaha se zpravidla zhoršuje paralelně s fixací koktavosti. Často se váže na tzv. **únikové chování**. Balbutik se jím snaží uniknout z aktuálně nepříjemné dysfluence, z momentu zakoktání. Přemoci dysfluenci např. fyzickým úsilím, akcelerací tempa řeči nebo zvýšením hlasitosti.

Existuje hypotéza, která uvádí, že nadměrná námaha balbutiků při artikulaci může být částečně způsobena vlivem dyskoordinace mozkových hemisfér (Lechta, 2004).

5.3. Dysfluence

Dysfluence byla dříve členěna na klony (opakování hlásek, slabik a slov) a tony („tlačení“ hlásek). Často však dochází k překrývání těchto složek. Také její dělení na koktavost klonickou a tonickou opomíjí ostatní složky tohoto syndromu.

Inventář dysfluencí (Shiple, Mc Afee, 1998, cit. dle Lechta, 2004) obsahuje:

Repetice, prolongace, interjekce, tiché pauzy, přerušovaná slova, nekompletní slovní zvraty, opravy. Interjekce, opravy a nekompletní slovní zvraty se vyskytují i u nekoktavých lidí, ostatní jsou specifické pro koktavost (Kehoe, 2000, cit. dle Lechta, 2004).

K dalším příznakům také mohou patřit tiché prolongace, poruchy hlasu (související s problémy na začátku fonace, nepravidelné, povrchní dýchání).

(Mérei a Vinczéne, 1979, cit. dle Lechta) uvádí, při psaní balbutiků tyto zvláštnosti: narušené vedení čáry, opakování, přepisování, škrtnutí, velký přítlak.

Ty jsou pravděpodobně spíše projevem organicity, než koktavosti. Neplynulé čtení u balbutiků může být taktéž podmíněno organicitou (Lechta, 2004).

Při zpěvu se koktavost obvykle ztrácí, až 92 % balbutiků **zpívá** bez obtíží (Zuckrigl, 1966, cit. dle Lechta, 2004)⁷.

6. DIAGNOSTIKA

V této kapitole nebudu věnovat všem, komplexním i specifickým, pravidlům, postupům a metodám stejný prostor, protože problematika diagnostiky koktavosti je velmi rozsáhlá. Pro potřeby této práce více rozvedu diagnostiku jevů, které souvisí s psychikou balbutika.

Diagnostika by ráda odhalila příčiny koktavosti, protože je však stále problém určení primárních příčin zaměřuje se hlouběji na analýzu symptomatiky.

Speciální vyšetření koktavosti pátrá po typu, formě, stupni a patogenezi koktavosti, i po jejích dalších znacích a následcích. To je obvykle vázáno na vyšetření odborníků v rámci transdisciplinární diagnostiky (logoped, foniatr, psycholog, neurolog, psychiatr).

6.1. Pravidla komplexní diagnostiky

Komplexnost: je hlavním principem, který prostupuje všemi pravidly diagnostiky.

Komplexní vyšetřování, tj. kvalitativní i kvantitativní zhodnocení specifík dysfluencí mluveného projevu, psychické tenze, nadměrné námahy atd.

Materiál ke zhodnocení: rozbor – magnetofonový záznam, nebo video záznam.

Konsekventnost: zaměření i na zdánlivé detaily, kterých si běžný pozorovatel nemůže všimnout.

⁷ Balbutici nekoktají v těchto situacích: v nepřítomnosti jiných osob (90 – 96% případů), při sborové řeči (tudiž i při společném čtení), zpěvu, šepotu, při hovoru ke zvířatům a loutkám, v určitých spontánních situacích, nebo když nemohou slyšet svůj hlas (Parent, 1998, s. 11). Z ústního podání logopeda vím, že balbutik také nekoktá, když říká kopii, tzn. větu, kterou řekl partner v dialogu, zopakuje, čímž plynule začne svůj vlastní projev.

Analýza spontánní komunikace v přirozeném prostředí: analýza nahrávky spontánní komunikace balbutika v jeho přirozeném (domácím) prostředí, o kterou je požádán rodič/příbuzný. Lze tak získat i záznam o způsobu komunikace kontaktních osob s balbutikem. (Projev členů rodiny se hodnotí jako "kritický" nebo „akceptující“).

Hodnocení plynulosti řeči v rámci různých komunikačních záměrů: z důvodu variability plynulosti verbálního projevu balbutika se jeho hodnocení musí realizovat v různých verbálních úlohách – v rámci různých komunikačních záměrů (dialog, monolog, čtení, situační popis obrázků, simultánní řeč atd.).

Spolupráce s nejbližším okolím: aktivní zapojení tzv. kontaktních osob z nejbližšího prostředí balbutika. Doporučuje se bezprostřední sledování komunikace kontaktních osob (v rodině, ve škole, na pracovišti). Pokud je k dispozici, využíváme jednosměrného průhledného zrcadla. Je výhodné sledovat interakci matka – dítě tak, že je necháme chvíli komunikovat o samotě.

Netraumatizující styl vedení rozhovoru s balbutikem: balbutik nesmí pociťovat časový tlak nebo jen náznak netrpělivosti za strany terapeuta či logopeda. Při rozmluvě kombinujeme přímé otázky s nepřímými a tzv. projektivními otázkami.

Specifické anamnestické údaje: kromě všeobecných, běžných otázek se zaměřujeme na anamnestické údaje, které jsou specifické pro koktavost (výskyt souvstažných druhů NKS, případně jiných onemocnění či narušení, prostředí, patogeneze, současnost).

6.2. Diagnostika psychické tenze

Faktory, které mohou mít vliv na psychickou tenzi balbutika v komunikaci jsou externí a interní.

Mezi *externí faktory* lze zařadit zejména percepční úzus komunikace, celkovou komunikační situaci a kvalitu informace, kterou je třeba podat.

Mezi *interní faktory* patří vztah k recipientovi, komunikační záměr, subjektivní role balbutika v konkrétní komunikační situaci, momentální disponovanost, coping a další.

Zjišťování psychické tenze provádí psycholog/psychiatr podle faktorové analýzy. Používají se např.:

- **Dotazník doplňování vět podle Chmelové a Redona** (doplňování vět typu: „Nejvíce ze všeho bych chtěl...“, „Rozčiluje mě když...“, „Lidé si povídají a přestanou když...“).
- Pro děti předškolního věku slouží orientační **škály schematicky znázorněných tváří** – od umívající se, přes neutrální, až po zmařenou. Dítěti se pak předkládají obrázky s různými komunikačními situacemi (např. hra s kočičkou, rozhovor s člověkem na ulici apod.). Dítě ke

každé situaci přiřazuje tvář, která se mu zdá k situaci nejvýstižnější. Pak jsou děti pokládány projektivní otázky (např. Jak se cítí děvčátko, když má oslovit strýce na ulici?). Dítě zdánlivě vyjadřuje pocity jiných dětí. Tato metoda se používá v Centru pro dysfluenci v Bratislavě.

Dále se používají různé škály, např.:

- **Modifikovaná Ericksonova škála postojů ke komunikaci (S-24)** – balbutik odpovídá na 24 tvrzení jako na pravdivá nebo lživá (např.: „Raději hovořím, než píšu.“).
- **LBC škála** – 6 bodová Likertova škála, zjišťuje stupeň odpovědnosti dospělých balbutiků za osobní problém (např.: „Dokážu předvídat své obtíže a umím se jim vyhnout.“)
- Můžeme sem také zařadit **otázky** zaměřené na **vyhýbavé chování**. (u dospělých např. „Jak často se vyhýbáte objednávání v restauraci /nebo telefonování/ ?“)
- Další škály pracují na stejných principech jako výše uvedené. Na vyvrácení či potvrzení tvrzení ano/ne, nebo „ano, je to pravda“ či „ne, je to lež“ nebo na projektivním doplňování otázek (více Lechta, 2004, s.85-88).

Témata možnosti diagnostikování nadměrné námahy a diagnostikování dysfluencie jsou pro kapitolu diagnostika koktavosti podstatná spíše z logopedického hlediska. Nesouvisí přímo se záměrem této práce, proto je zde neuvádím (více Lechta, 2004, s.88-96).

6.3. Balbutiogram

Balbutiogram je **komplexní postup**, zahrnující jak relevantní kombinaci kvantitativních a kvalitativních postupů, tak i projevy dysfluencie, nadměrné námahy, psychické tenze a dalších symptomů.

Úkoly jsou v něm seřazeny podle náročnosti: verbální stereotypy, automatismy, reprodukování vět, čtení a spontánní řeč. Výsledkem je grafický záznam – **babutiograf**, který umožňuje získat okamžitou **komplexní informaci o komunikaci balbutika** v jednotlivých komunikačních situacích (více o balbutiogramu a dalších postupech hodnocení Lechta, 2004, s.97-99).

6.4. Diferenciální diagnostika

Podle Lechty (2004, s.101-108) lze rozdělit diferenciální diagnostiku na extrafenoménovou a intrafenoménovou.

Extrafenoménová diagnostika musí umožnit diferenciaci koktavosti od jiných diagnóz:

Vývojových dysfluencí (s navazující intervencí v poradenství a preventivní terapii)

Neurogenních dysfluencí (souvisí se získaným neurologickým poškozením): získaná nebo znovu získaná porucha plynulosti řeči; medikamentózní léčba, rozvíjení motoriky, orofaciální stimulace atd.)

Psychogenních dysfluencí (projev vážného psychiatrického onemocnění, může se dělit na 3 typy: 1. na emocionální bázi, 2. manipulativní dysfluece, 3. simulace ; zaměření na endogenně-exogenní příčiny, aplikace různých typů psychoterapie atd.).

Breptavost (na rozdíl od koktavosti se neprojevuje adaptační efekt, logofobie, nadměrná námaha; redukce rychlosti řeči, nácvik seriace atd.).

Smíšených typů dysfluencí (vzájemné prolínání jednotlivých příčin a projevů; aplikace kombinovaných metod – podle typu převládající symptomatiky)

Intrafenoménová diagnostika diferencuje jednotlivé druhy v rámci symptomu koktavosti. Jde o kombinaci kvalitativních a kvantitativních postupů.

Z jazykových metod – spektografická analýza (analýza pauz, frekvence výskytu, lokalizace trvání atd.).

Diferencování hraniční koktavosti (hraničního pásma mezi vývojovou dysfluencí a incipientní koktavostí.

Řadíme sem také predikci koktavosti (predikce dalšího vývoje návrat od dysfluencí k normě/postupný přechod do patologie).

7. TERAPIE

Jak bylo již uvedeno (v kap. 1.3.) terapeutických přístupů je mnoho. Protože účelem této práce není seznámení se všemi užívanými terapeutickými metodami, technikami a postupy, uvedu pouze některé (více Lechta, 2004 s.109-159, Lechta a kol., 2005, s.239-254).

7.1. Terapeutické cíle a metody

V minulosti byla role koktavého v průběhu terapie zredukována na jeho pasivitu (potvrzují to výrazy běžné medicíny „podstoupil léčbu, podrobil se léčbě“). Pro úspěšnost terapie je důležité, aby se balbutik do terapie, co možná nejaktivněji zapojil. V průběhu terapie je žádoucí vyvarovat se represí, potlačování symptomů koktavosti. Represe ústí do podmiňování psychologických faktorů, které koktavost podněcují a živí (Peutelschmiedová, 1994).

Maximálním cílem terapie, i při koktavosti je odstranit NKS. Co se koktavosti týče jedná se i o odstranění symptomů (dysfluence, psychická tenze, nadměrná námaha).

Cílem je **normální fluence** (tj. taková jako u nekoktajících lidí), nikoliv absolutní fluence. Mít za cíl absolutní fluenci by bylo nepřírozené, nereálné a navíc by to vytvořilo mezi terapeutem a balbutikem atmosféru intolerance (Conture, 2001, cit. dle Lechta, 2004).

Terapii koktavosti limituje příliš mnoho faktorů, naším relativním cílem tedy je:

- a) *zredukovat symptomatiku* (předejít progresi do chronické koktavosti a při chronické koktavosti korigovat nejtěžší příznaky)
- b) v případě *perzistující koktavosti* navzdory dysfluencím eliminovat vznik komunikační bariéry a tím zabezpečit balbutikovi přiměřenou kvalitu života

Terapeutické přístupy jsou limitovány skutečností, že se jednotlivé případy, jak z kvalitativního hlediska, tak z hlediska prognózy velmi liší.

Renner (1995, cit. dle Lechta, 2004) zdůrazňuje, že současný stav balbutologie neumožňuje určitou metodu jednoznačně zamítnout či doporučit.

Terapeutické metody tedy volíme a kombinujeme tak, aby byly pro daného balbutika co nejefektivnější.

Metody terapie NKS všeobecně dělí (Lechta, 2004) takto:

- **stimulující** (nerozvinuté a opožděné řečové funkce)
- **korigující** (chybné řečové funkce)
- **redukující** (zdánlivě ztracené, dezintegrované funkce)

Metody terapie lze dále členit na:

- **jednodimenzionální** (orientují se na jeden znak – např. rychlost řeči)
- **vícdimenzionální** (komplexní)

a také na:

- **přímé** (zaměřené bezprostředně na koktavost)
- **nepřímé** (snaží se ovlivnit plynulost řečinepřímo, bez toho, aby se pracovalo s fluencí řeči)

Formy terapie:

Individuální terapie (30, 45, 60 minut)

Skupinová terapie (3 – 6 klientů)

Intenzivní terapie (např. několikrát denně)

Intervalová terapie (v odstupu několika týdnů, měsíců)

7.2. Základní principy terapie koktavosti

Princip holistické (celostní) terapie – epicentrem pozornosti je koktající člověk, jeho speciální potřeby společně s jeho životním prostředím.

Princip symetrického poradenství – klient by neměl být v submisivní roli, přistupujeme k němu partnersky (terapeut se nechová direktivně, ani nepřebírá za klienta zodpovědnost za jeho NKS). Tento princip značně přispívá k efektivitě terapie.

Princip přiměřené frekvence a počtu terapeutických sezení – názor jednotlivých odborníků na přiměřenou frekvenci se liší. Pro příklad uvádím dva názory: Sandrieser a Schneider (Sandrieser a Schneider, 2001, cit. dle Lechta, 2004) uvádějí, že je naděje na úspěch, pokud se realizují sezení často – min. 1x týdně. Renner (1995, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že má-li mít terapie koktavosti dlouhodobý úspěch, měla by věnovat zácviku a fixaci dané techniky více 100 hodin.

Princip „vertikálního přístupu“ – při výběru jednotlivých metod dominuje kritérium věku/fáze a etiopatogeneze.

7.3. Současné trendy v terapii koktavosti

Posledním trendem v terapii koktavosti je úsilí integrovat prvky iowské školy (modifikace zakoktavání s prvky behaviorismu) s přístupem tvarování plynulosti (více Lechta, 2004, s.119, 121-122, 126, 131, 132).

V současnosti se stále více uplatňuje jejich kombinace (terapie modifikace koktáním a terapie tvarování plynulosti), často pod názvem „**integrovaná terapie**“ (Guitar, 1998; Gillam, 2000; Radford, 2002, cit. dle Lechta, 2004).

Jak již bylo uvedeno (v kap. 6.1.), je nutné, i v terapii, uplatňovat princip individuálního přístupu.

Aktuální je také celosvětový rozvoj svépomocného hnutí balbutiků. V USA dokonce působí, pro případ diskriminace balbutiků, ombudsman. **Svépomocné skupiny** jsou pro terapeuty neocenitelnou pomocí: posilují své členy, aby neskrývali koktavost a bez obav logofobie prosazovali právo na komunikaci, i když se zrovna zakoktají (Bloodstein, 1995, cit. dle Lechta, 2004). Svépomocné skupiny oceňuje i Peutelschmiedová (1994, s.93-96).

V moderní balbutologii se stále více prosazuje komputerizace. Objevují se snahy počítačovou technikou stimulovat oblasti mozku, které by mohly stát na pozadí koktavosti a jež nelze dostat pod vědomou kontrolu (Kehoe, 2000, cit. dle Lechta, 2004).

7.4. Terapeutické techniky

Jak bylo v úvodu kapitoly zmíněno, uvedu pouze některé z technik, především ty, které pracují s psychickou tenzí klienta.

7.4.1. Sugescie, psychoterapeutické přístupy

Tato technika byla pravděpodobně používána již dávno, avšak ne vědomě a ne v její hypnotické formě. Široká varieta terapeutických technik byla zjevně založena na víře balbutika, že mu terapeut pomůže.

Patří sem i různé pokusy korigovat koktavost posthypnotickou sugescí plynulosti, pravidelně a dlouhodobě opakované hypnotické sugescie a autosugescie. Většinou však brzy dochází k recidivám. Antisugestivní vliv hrozícího selhání v určitých hláskách, slovech, situacích může podlomit jejich „syntetickou“ sebedůvěru a navodit recidivu. Protože byla tato terapie založena na naději a víře, může být recidiva spojena s vážnou demoralizací (Bloodstein, 1995, cit. dle Lechta, 2004, s.124).

Freud považoval koktavost za neurotický symptom, který má kořeny v nevědomém konfliktu. Jeho následovníci léčili značný počet balbutiků psychoanalýzou, s cílem odstranit balbutikovy neurotické obrany. Nepřinesli však uspokojivé řešení terapie, což dokazuje vysoká rezistence vůči terapii a vysoké procento recidiv po ukončení psychoanalýzy. Ani nepsychoanalytické techniky neměly mimořádný úspěch (interpretace podle Bloodstein, 1995, cit. dle Lechta, 2004, s.125).

Z klasických psychoterapeutických metod se v terapii koktavosti uplatňuje **autogenní trénink, skupinová psychoterapie, racionální psychoterapie, modifikace autogenního tréninku** aj. Fernau-Horn (Lechta, 2004).

Konstrukce osobnosti

Tento postup běžně užívaný v psychoterapii zavedl do terapie koktavosti G. Kelly. V průběhu léčby vyplňuje balbutik s terapeutem určité vzorce se dvěma dimenzemi: **identifikace a sebehodnocení**, kterými se vymezuje životní a duševní prostor vnímaný a žitý koktavým. Jde o interaktivní proces, kde se konfrontují a zpětně doplňují představy terapeuta a balbutika. Terapeut nesetrvává na představě změnit chování a osobnost balbutika do normy. Změna se může dít charakterem smlouvy o způsobu chování klienta a může být limitována časově. Terapeut nezůstává „neutrální“, ale maximálně zasahuje do procesu terapie. Tato psychoterapeutická metoda, založená na sebehodnocení a **vzrůstu sebevědomí** je vhodná pro dospělé balbutiky (Peutelschmiedová, 1994).

7.4.2. Relaxace

Tato technika se využívá ve značné míře. Zdá se, že jen málo balbutiků se naučí relaxovat své svalstvo tak efektivně, aby zredukovali své obtíže s řečí. Obvykle mají tendenci hovořit lépe, když praktikují relaxaci v terapeutickém prostředí; mimo toho prostředí dokáží

stěží důkladně relaxovat v situacích, jež jsou pro ně důležité. Řada terapeutů využívá relaxaci pouze v určité formě nebo ve spojení s jiným typem terapie (Bloodstein, 1995, cit. dle Lechta, 2004).

Aplikace sofrologie v terapii koktavosti

„Sofrologie má být novým směrem spojujícím nejen **fenomény hypnózy a relaxačních technik**, ale také všechny příbuzné stavy vědomí, kde existuje hluboký společný jmenovatel fenomenologický“ (Peutelschmiedová, 1994, s.54). Zakladatelem je španělský neuropsychiatr A. Caycedo. Sofrologické techniky se dělí na pasivní a aktivní. Pasivní relaxace (fyzická i mentální), vychází ze známých relaxačních technik a směřuje k introsfronické aktivaci dýchání a krevní cirkulace. Příklad nácviku dvoustupňové dynamické relaxační respirace: pohyby jsou orientované na dýchání, propojeny s autopodmiňováním za pomoci stimulace napsaným textem nebo zesilujícím prostředkem. V medicíně jsou metodami sofrologickými ovlivňovány potíže kardiovaskulární, respirační, gynekologické (porodnictví), u psychosomatických onemocnění, dále se uplatňuje v psychiatrii a kinesiterapii. Sofrologické techniky se využívají také v pedagogice, pro posílení mentálního zdraví dětí (Peutelschmiedová, 1994).

7.4.3. Iowské koncepce

Podle Bryngelsona

Cílem „objektivního postoje“ balbutika bylo **ventilování problému**. **Objektivní postoj** znamená schopnost volně a otevřeně diskutovat o své koktavosti s jinými lidmi. Znamená ochotu vstoupit do běžných komunikačních situací, odmítnutí parafrází a jiných triků při vyhýbání se koktavosti. Při této technice se dobře uplatnila skupinová terapie. Velký důraz byl kladen na transfer fluence mimo ambulance.

Další techniku, kterou Bryngleson aplikoval bylo **záměrné zakoktání**. Při té kombinoval ovlivňování postoje k řeči s úsilím o modifikaci koktavého chování a Dunlapův princip „negativní praxe“ (nežádoucí návyk se záměrně předvádí, aby se tak odstranil ze sféry návyků a automatismů). Balbutik se záměrně zakoktával, čímž manifestoval svoji víru ve vědomou kontrolu spasmů (Lechta, 2004).

V současnosti se v terapii koktavosti uplatňuje modifikovaná Bryngelsonova technika – **pseudokoktání**.

Podle Johnsona

Johnson je představitelem **diagnozogenické teorie** vzniku koktavosti. Shoduje se s Bryngelsonem, že je nutné v maximálně možné míře zredukovat obavy ze zakoktavání.

Cílem terapie je naučit balbutiky zvládnout komunikační situace, aniž by se omlouvali za své bloky nebo se považovali za handicapované. Tvrdil, že koktavost je **vyhýbavá reakce**, která je motivována anxiózním anticipováním dysfluencí, cesta ke fluenci je nevyhýbat se zakoktavání. O záměrném zakoktavání říkal, že je nácvikem zbavování se obezřetnosti: vytváří záměrný vzorec mluvení bez námahy a psychické tenze, které charakterizují vyhýbavé chování. Podporoval **více spontaneity**.

Důležitým rysem Johnsonovy terapie se stala „**extenzionalizace**“. Balbutici pečlivě sledovali své chování před zrcadlem (i z mg. pásku), aby určili, co právě udělali, že si zabránili v mluvení. Také pozorovali reakce svých posluchačů, aby si ověřili, že jsou mnohem více tolerantní, než balbutici předpokládali (Lechta, 2004).

Podle Van Ripera

Van Riper usiloval o **komplexní přístup** ke koktavosti. S jeho jménem je paradoxně spjata **technika plynulého koktání**. Blok zakoktání pokládal za převážně naučené chování, bez ohledu na příčinu koktavosti dochází u balbutiků k autofixaci – většina dysfluencí je vlastně anticipační reakcí na vyhnutí se zakoktání.

Cílem plynulého koktání bylo ne mluvit bez zakoktavání, ale zakoktavat se „plynule“ (plynulé, „vláčné“ prodlužování zvuku).

Pokládal za nevyhnutelné naučit balbutika reagovat na pocity očekávání koktavosti jako na signál k realizaci nových přípravných nastavení místo starých. Tato technika má tři úrovně: zrušení, vytažení a přípravné nastavení (Lechta, 2004). Peutelschmiedová (1994) uvádí, že Van Riper vychází ze své vlastní zkušenosti, sám byl balbutikem.

7.4.4. Gestikulace v terapii koktavosti

Bochniarz, bývalý balbutik, obrací pozornost na tzv. **hypomimiku** balbutiků, čímž rozumí atrofii mimických svalů a celkově chudší gestikulaci balbutiků při řeči. Bochniarz se domnívá, že u lidí bez řečové vady předchází verbálnímu projevu pohyby rukou a trupu, což dává podnět mluvené výpovědi. U balbutiků, kteří nejdříve zkouší promluvit a gesta použijí teprve následně, nedochází k časové shodě gest a verbálního projevu. Dospělé balbutiky učí Bochniarz doprovázet řečový projev **rytmickou gestikulací**. Nabádá je k „odezírání“ gestikulace lidí bez řečové vady. Následně je vede k užívání gest při vlastním

řečovém projevu, gest co nejenergičtějších a v časovém předstihu před verbálním projevem. Problémem u koktavých bývá psychická bariéra, balbutik považuje nový způsob řeči za něco neobvyklého a nápadného. Modelové věty nacvičují ve skupinkách. Další fáze terapie se odehrává v běžných řečových situacích v terénu. Autor sám řadí svou teorii do behaviorálních (Peutelschmiedová, 1994).

7.4.5. Další techniky

Další techniky uvádím pouze výčtem:

modifikace řečového vzorce, cvičná terapie, behaviorální techniky, techniky založené na sluchové zpětné vazbě, redukce rychlosti řeči, biofeedback, techniky založené na čtení, jiné řečové vzorce (Lechta, 2004, s. 123-138). Dále terapie R. Webstera, terapie H. H. Gregoryho, terapie F. Le Huche, metoda „Baudet“, metoda M. Schwartz, aj. (Peutelschmiedová, 1994, s.49-56).

Z terapeutických programů uvádím pro potřeby této práce interakční terapii a možnosti terapie psychické tenze, protože se domnívám, že terapie, které redukuje symptomatiku v psychice balbutiků vystihují lépe pojem komplexní terapie, do které bychom mohli zařadit i arteterapii.

7.5. Interakční terapie

Terapeut usiluje o to, aby rodiče **změnili způsob své interakce** s dítětem. Je důležité rodiče tedy zacvičit ve strategiích komunikace, naučit je nejen „co dělat“, ale i „jak to realizovat“.

Lena Rustin (*Michael Palin Center for Stammering Children, UK*) vychází z lingvistických, kognitivních a psychosociálních komponent koktavosti, přičemž mimořádnou pozornost přikládá interakci rodič – dítě. Když rodiče reflektují způsob svých reakcí v komunikaci s dítětem, jsou pak schopni svůj komunikační styl změnit. Terapie se účastní oba rodiče, program trvá 6 týdnů. Na něj má návaznost dvoutýdenní terapie rodiče + dítě. Terapie na podobném principu probíhá i v Německu, kde jde o večerní kurz pro rodiče, bez přímé práce s dítětem (Lechta, 2004).

Rodiče je potřeba zapojit, ale nemají fungovat jako terapeuti. Je třeba jim pomoci zbavit se pocitů viny za koktání jejich dítěte. Neméně důležité je připravit rodiče na možnou **recidivu** (nabízí se prostá analogie s chřipkou, která se může také vrátit) a na to, co je třeba udělat při nebezpečí vznikající recidivy (s. 142, 2004).

7.6. Možnosti terapie psychické tenze

Terapie vážných projevů a důsledků tenze spadá do kompetence psychologa nebo psychiatra.

Jako doplňková terapie se používají některé prvky **jógy** (hathajógy). Cvičení jsou zaměřena na relaxaci, uvolnění s nácvikem správného dýchání.

Psychická tenze balbutiků se často váže na konkrétní komunikační situace. V těchto případech je účinná **systematická desenzibilace**. Terapeut vypracuje s balbutikem seznam – hierarchii komunikačních situací, které vyvolávají tísnivé, stresující či fobické pocity. U dětí se využívá (na místo seznamu) **hraní rolí**.

U dospělých balbutiků může psycholog/psychiatr aplikovat i metodu **paradoxní intence** podle V. Frankla (Lechta, 2004).

Využívá se i **muzikoterapie**, nejen k odbourání psychické tenze, ale i k odreagování a navození relaxace. Dále zpěv pozitivně působí na koordinaci dýchání, fonaci a artikulaci. Skupinový zpěv poskytuje anonymitu, která odbourává psychickou tenzi spojenou s potřebou komunikovat. Hudebně-pohybové hry poskytují spontánní uvolnění, koordinaci hrubé a jemné motoriky. (Mátejová, Mašura, 1980, cit. dle Lechta, 2004).

Mezi méně užívanou terapii bychom mohli zařadit **dramaterapii**, a ještě více na okraji stojí, zatím, **arteterapii**.

7.6.1. Psychická tenze u chronické koktavosti

Systematická desenzibilace

Raming (2001, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že po 15. roce života je možno s balbutikem otevřeně hovořit o jeho vyhybavém chování a jeho důsledcích. Tato diskuse může pomoci balbutikovi pochopit potřebu jeho eliminace.

Eliminace přímými postupy se používá např. v rámci **systematické desenzibilace**. Ta se realizuje ve více krocích.

1. detailní analýza úzkostných a fobických stavů a jejich seřazení do hierarchie (vyžadují přiměřenou úroveň introspekce balbutika, i značnou důvěru k terapeutovi)
2. cvičení svalové relaxace (má podpůrnou roli v systematické desenzibilaci)
3. představa situace, která je v hierarchii na nejnižším místě (vyvolává nejmenší úzkost), končí se navozením situace, která vyvolává největší úzkost
/doporučuje se, aby si klienti vymysleli jednu až dvě uklidňující scény, což jim pomůže ke snadnější prezentaci jednotlivých položek hierarchie/

4. výstup – „dezenzibilizace in vivo“; přibližování se k obávaným stimulům v reálných životních situacích. Doporučuje se maximální počet a různorodost zátěžových komunikačních situací.

Atkinson (1995, cit. dle Lechta, 2004, s.208) mluví o **desenzibilaci v širším pojetí** takto: „V podstatě se jedná o ventilování pocitů a problémů v akceptující atmosféře terapeutického sezení, které může pomoci při realistickém přehodnocení úzkostných komunikačních situací.“

Hypnóza

Jednou z metod, které se pokouší snížit psychickou tenzi, je také **hypnóza**. Eisenman (1960, cit. dle Lechta, 2004) uvádí, že hypnotickém stavu balbutik hovoří mnohem lépe, nezakotává se. Navzdory tomu se hypnóza neosvědčila. Po skončení hypnózy se často vyskytlo vysloveně zhoršení stavu balbutika.

Paradoxní intence

Eisenman (s.208-209, 2004) navrhuje aplikaci logoterapeutické metody **paradoxní intence** Viktora E. Frankla.

I. Prvním důležitým krokem je, abychom očekávanou obavu balbutika učinili „lidsky“ uchopitelnou. Jakmile klient zjistí, že *opakované obracení pozornosti k symptomu, symptom fixuje*, pochopí, že ho tím pěstuje. Pak ho přestane přeceňovat a ztratí před symptomem respekt. Symptom tak slábne.

II. Při odhalení a zrušení očekávaného strachu se přistupuje k uspořádání prožívání balbutika. Klient je veden k tomu, aby svůj problém objektivizoval. Neurotický strach je něco, co člověk „má“, ne něčím, čím člověk „je“. Tak se klient naučí neztotožňovat se s tímto strachem „v sobě“. *Odstup od symptomu a jeho objektivizace umožní klientovi nahléd.*

III. K docílení odstupu lze dojít i humorem. Místo, kde je lokalizována neurotická obava, atakuje nyní paradoxní intence. Balbutik je veden k tomu, aby si přál právě to, čeho se bojí.

Metoda paradoxní intence dává velký prostor k individualizaci a improvizaci. Naučí-li se klient působit proti svému očekávanému strachu, začne tato obava postupně ustupovat.

Rituál – inovativní terapie (RIT)

RIT byla vypracována (mj.) pro dospělé neurotiky. Patří mezi **nonverbální typy dramaterapie**. Rozličnými rituály (pozdrav, rituální chůze, gesta apod.), které se aplikují

v rámci skupinové terapie, se snaží eliminovat psychickou tenzi, která podle tohoto pojetí vznikla na bázi narušení interakce matka – dítě. RIT je nejvhodnější pro 16-25leté balbutiky Lajos (1999, cit. dle Lechta, 2004).

8. PROGNÓZA

Z hlediska prognózy koktavosti existuje poměrně vysoké procento:

- **recidiv**
- případů **ohrožených recidivou**
- případů **rezistentních** na jakoukoliv formu terapie

V historii byli odborníci optimističtější a odvážnější s tvrzením, že koktavost lze u některých jedinců odstranit. Současní odborníci jsou opatrnější a skeptičtější a uvádí se (Lechta, 2004, s.152), že pouze „1/3 koktavých lidí, která má nejlepší prognózu, má šanci, aby mluvila **téměř** bez příznaků“.

Statisticky více případů odstranění koktavosti je u klientů dětského věku (koktavost incipientní) a to na základě terapie, nebo i bez ní, na základě spontánního zlepšení (až 50% z vylečených dětských klientů), jak uvádí Conture (2001, cit. dle Lechta, 2004).

Neexistuje obecně přijatá a kodifikovaná norma fluence řeči. Hodnocení výsledků terapie je všeobecně problematické.

Máme k dispozici tato hodnotící kritéria:

Kvantitativní aspekt

- lze hodnotit na základě kontrolního vyšetření, kupř. indexem zhoršení/zlepšení
- americké pojetí (Haeseling, 1993, cit. dle Lechta, 2004) - terapie je úspěšná, je-li řeč balbutiků co nejnenápadnější
- německé pojetí (Motsche, cit. dle Lechta, 2004) - cíl terapie koktavosti jako rozšíření komunikačních a sociálních kompetencí

V současnosti se v souvislosti s úspěšností terapie používá termín **remise**. Pod tímto pojmem chápeme zmizení symptomů onemocnění, jež je často dočasné.

Pravděpodobnost remise byla největší u těch dětí, jejichž **matky nezměnily styl interakce** ani po vzniku koktavosti dítěte. Podněcovaly své děti spíše nepřímou, např. prostřednictvím pauzy, aby „převzaly turn“, tj. aby promluvily. U dětí matek s direktivním stylem interakce byly výsledky ještě horší – šlo o přímý komunikační tlak. Některé výzkumy to však neprokázaly a přikládají důležitost **situačním faktorům** (např. mluvení s více než jedním posluchačem, časový tlak, komunikační situace, které nejsou důvěrně známé). Podle

Lechtova názoru je třeba přikládat vliv jak interakčnímu stylu, tak situačním faktorům (Lechta, 2004).

8.1. Recidivy

Jedním z největších problémů, které limitují efektivitu terapie je recidiva. Všeobecně se uvádí až 1/3 případů recidiv koktavosti. Bloodstein (1995, cit. dle Lechta, 2004) se domnívá, že ačkoli k recidivě může dojít po všech formách terapie, je mimořádně často spojena s behaviorálními technikami, z části proto, že korigují koktavost příliš rychle.

„Recidivy se obvykle vysvětlují i tím, že **koktavost je pro některé balbutiky problémem identity**, je součástí jejich představy sebe sama: když jsou fluentní, cítí se jako nevítaní cizinci sami sobě“ (Lechta, 2004, s.160).

Balbutici, kteří byli schopni introspekce uváděli, jako příčinu své recidivy, *neurotizující pocit trvalého tlaku*, aby v komunikační situaci okamžitě promluví. Jako příčiny recidiv by se také daly zmínit tradiční chyby naší praxe: unifikovanost, paušální aplikaci jedné techniky ve všech případech, i nekoncepční aplikaci metody pokusu a omylu při terapii.

9. KDE SE SETKÁVÁ LOGOPEDIE S ARTETERAPIÍ

9.1. Komunikace

„Žijeme v době devalvace slov, vyprázdnění slovních prohlášení. Verbální komunikace často selhává.“ Šicková (2002, str. 22)

V užším pojetí se sociální komunikace chápe jako sdělování, tj. **výměna informací**. V širším pojetí, k němuž se přikláníme i my, si lidé v průběhu společné činnosti vzájemně vyměňují i představy, ideje, nálady, pocity, postoje apod. To vše lze chápat jako informaci (Mareš, Křivohlavý, 1995). Jak uvádí Neubauer (1997, s.6), „mezilidské komunikativní chování je uvedeno cílem realizovat vzájemné sdělování a dorozumění. **Specificky lidská verbální**, slovní komunikace je zabezpečena především mluvenou, orální řečí či psaným verbálním projevem“. **Nonverbální** komunikace informuje o **subjektivních stavech, prožitcích a postojích**. Jejimi nástroji jsou především různé způsoby a projevy chování (Kebza, 2004).

Jak již bylo řečeno, lidé trpící koktavostí mají s verbální komunikací problém. Lechta (2005, s.16) tento fakt shrnuje v definici narušené komunikační schopnosti. „Komunikační schopnost člověka považujeme za narušenou, působí-li některá jazyková rovina jeho projevů

(příp. i několik rovin – simultánně či sukcesivně) rušivě se zřetelem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmaticko-komunikační rovinu jazyka“. Pragmatická rovina jazyka zahrnuje sociální komunikaci jedince. „Jde o rovinu sociální aplikace, **sociálního uplatnění komunikační schopnosti**, do popředí vstupují sociální a psychologické aspekty komunikace“ (Lechta, cit. dle Klenková, 2000, s.15).

Neubauer (1997, s.14) hovoří o „**nutnosti zapojení psychoterapeutické podpory** a vedení je patrné již v tradiční oblasti logopedické péče především u poruch plynulosti řeči a u afází. Psychoterapeutické vedení poskytované terapeutem je nezbytné nejen pro vlastní spolupráci při terapeutické práci, ale i jako prevence neurotického osobnostního vývoje a reaktivních depresivních vztahů“. Dále Neubauer nabádá k tomu, aby logopedi absolvovali psychoterapeutický výcvik a zapojili do logopedické terapie psychoterapeutickou práci. Krejčířová (cit. dle Svoboda, Vágnerová, Krejčířová, 2001, s.484) uvádí, že „psychoterapie sama je účinná jen u malého procenta psychogenních (hlavně posttraumatických) případů. Při smíšené etiologii je nutná léčba komplexní – v oblasti logopedie a systematická psychoterapeutická péče dítěte i rodiny“.

V průběhu komunikace vytváříme sociální vztah k druhému člověku, charakterizovaný jako příznivý a vstřícný, odmítavý či vyhýbavý nebo neutrální. Tento mezilidský vztah je vlastně nově utvářeným postojem, obsahující kognitivní, emocionální i konativní dimenzi, jehož základem je psychická struktura, existující ve vědomí i podvědomí, posléze zakotvena i jako představa v paměti, tedy i s určitou historií. **Mezilidské vztahy jsou založeny na dvou úrovních: vědomé** (racionální, výsledek procesu probíhající komunikace) a **nevědomé** (iracionální, patří sem pocity, přání, fantazie), které si více či méně během komunikace uvědomujeme nebo neuvědomujeme. Řadíme sem i prvky, které s danou komunikací bezprostředně nesouvisí, např. přenos v minulosti vzniklých citových postojů nebo přesvědčení, které podmiňují tzv. preformované postoje (dříve vzniklé), v podvědomí, zachovaný vztah k důležitým osobám z dětství (matka, otec). Pokud nerozlišujeme mezi vztahy, které vznikají jako vědomý důsledek komunikace a vztahy podvědomými, historicky podmíněnými, dochází k přenosu. **V přenosu mají klíčový význam zážitky z dětství, v té době se formovaly naše emocionálně zabarvené postoje k druhým lidem a ke světu.** Tyto citové prožitky se mohou přenášet do aktuálních vztahů (Kebza, 2004).

„Z výzkumu snů a z psychopatologie je známo, že nevědomí disponuje podprahovými vjemy, nevědomí má úmysly a předtuchy, nevědomí cítí a myslí. Jeho dosah je nesmírný,

vyjádření symbolické, v neširším slova smyslu obrazové. K porozumění se však musíme těžce dopracovávat“ (Lhotová, 2001a).

Kyzour (2002, str. 26) uvádí, že „**problém s verbální komunikací arteterapie do jisté míry obchází tím, že volí řeč výtvarnou, symbolickou.** Výtvarné sdělení totiž není jen obrazem autorova vědomého projektu, ale získává materiál i ze struktur, které jsou leckdy hluboko zasuty. **Výtvarné sdělení je autentickou, relativně nekorigovanou výpovědí**“.

Šicková (2002, str. 35) se k symbolické výtvarné řeči vyjadřuje velmi podobně. „Vizuální představy se mohou zpředmětnit a působit jako bezprostřední komunikace, jež obejde těžkosti řeči. **Symbolické exprese či odhalení se v obrazech lehčeji uniknout cenzuře než při verbálním vyjádření**“. **Ve výtvarném podobenství lze hledat obraz životní situace.** Lhotová (2001a).

„Mezi základní rysy umění, které arteterapie cíleně využívá patří: metaforičnost, schopnost integrovat (osobnost i skupinu) a facilitovat (usnadňovat, podporovat) komunikaci, schopnost být prostředkem kanalizace (ventilace) emocí, sublimace a katarze“ (Šicková, 2002, s. 19). O přínosech komunikace prostřednictvím výtvarné tvorby hovoří i Lhotová (2002). Jedním z přínosů výtvarna je **využití tvořivého potenciálu expresivní komunikace**, odlišné od komunikace slovní. Pacient získáváním osobní zkušenosti s vlastní tvorbou sám vnímá a může si **přes výtvarno ozřejmit problémy a konflikty**. A na tomto základě může dojít **ke změně náhledu na vlastní vzorce chování či ke změně prožívání**. Arteterapie jako samostatná metoda používá jako terapeutickou složku či účinný faktor tzv. výtvarný posun se schopností následného odrazu onoho posunu v reálném životě. (Lhotová, 2002, str. 447).

9.2. Sebepojetí, sebehodnocení

„**Základem sebepojetí je vjem a představa těla a vlastní osobnosti ve světě**“ (Balcar, 1983, cit. dle Vágnerová, 1997, s.92). „**Nejasnost či rozporuplnost v sebepojetí vlastní osobnosti bývá spojena s problémy v interakci s reálným světem**“ (Vágnerová 1993, s.78). Sebepojetí potřebuje být jednotné a ucelené, proto směřuje k vyloučení protichůdných informací. **Role postiženého do určité míry ambivalenci obsahuje**, např. v emocionálních vztazích, kombinaci tolerance, soucitu a tendencí k izolaci a zavržení. (Vágnerová, 1997). Významné také je, do jaké míry se zdravotní handicap odrazí v **identitě** postiženého, zda se považuje za postiženého, zda přijímá nebo nepřijímá tuto roli a jak se ve vztahu k takovému sebehodnocení chová (Vágnerová, 2003, s.15).

Psychická struktura balbutikovy osobnosti je narušena natolik, že sám uvažuje (už jako dítě), jen v rámci omezených možností. Hraje zde roli silný depresivní tlak

sebeuvědomění si omezených verbálních schopností a určité zažité přístupy společnosti (Peutelschmiedová, 1994).

Sebehodnocení vyplývá ze **srovnávání představ a přání s realitou**, tj. difference mezi reálným a ideálním já. Hodnotící citový vztah k sobě bývá závislý na vlastní aspirační úrovni, která je ovlivněna zkušeností. **Základ sebehodnocení handicapovaného dítěte se vytváří pod vlivem názorů, postojů a hodnocení dítěte rodiči** (citová akceptace). Dalším významným faktorem ovlivňujícím sebehodnocení je **škola**. Dále má vliv hodnocení **vrstevníky**. V období puberty a adolescence, podle Eriksona vývojová fáze: **období utváření vlastní identity, dochází k větším obtížím seberealizace, zvýšení kritičnosti a často prvním, ne vždy uspokojujícím kontaktům se zdravou populací**. Tuto fázi lze v rozvoji sebehodnocení handicapovaných považovat za **kritickou**. Další potenciální zátěž vlastního sebehodnocení se může týkat nástupu do zaměstnání (úspěšnosti v této oblasti), seznámení se s přijatelným partnerem (subjektivní prožitek doprovázející toto úsilí), ohrožení budoucího rodičovství, hereditární zátěž (Vágnerová, 1997). Profesní uplatnění handicapovaného dále Vágnerová rozvádí ve Variabilitě a patologii psychického vývoje (1993). S uspokojením potřeby sociálního ocenění souvisí **potřeba seberealizace**, která je **vázaná na oblast profesního uplatnění**. Ta je také u handicapovaného jedince spojena s větším omezením, protože výběr vhodných povolání je značně zúžen. Velmi záleží druhu a hloubce postižení jedince, např. nekombinovaná tělesná postižení jsou společností v podstatě akceptována, sluchově postižení a lidé z řečovou vadou jsou stále poměrně stigmatizováni.

Kromě primárního postižení, vlastní poškození struktury a funkce, má pro vývoj značný význam také tzv. **sekundární odchylka**. Sem řadíme také nejružnější **obtíže v sociální adaptaci, emocionální odchylky či poruchy sebehodnocení** (např. pocity méněcennosti), které vznikají následkem postižení (Vágnerová, 1993). Na úrovni emocionální může být sebehodnocení zkresleno v kladném i záporném směru. Určitý význam může mít i nezkušenost, vyplývající z časté izolace a nedostatků možností srovnávat sebe sama s jinými osobami. „Handicapovaný člověk může usilovat o něco reálného nebo něco zcela nedosažitelného, popř. může reagovat rezignací, vzdávat předem jakékoliv úsilí. V krajním případě může vést až k **sebezničení** (např. na základě nízkého sebehodnocení až k nenávisti k sobě samému, protože jsem tak neuspokojivý) **abusem alkoholu či drog jako reakce na defekt**“ (Vágnerová, 1997, s.95).

„U získaných a později vzniklých defektů vzniklých onemocnění je krizovou fází doba vzniku zdravotních potíží trvalého charakteru. Tato fáze je typická pocitem ztráty a

obtížemi v akceptaci nové identity, kterou je třeba této skutečnosti přizpůsobit“ (Vágnerová, 1997, s.95). Koktavost většinou vzniká v dětském věku, ale k uvědomění si poruchy jako takové dochází později. Právě vědomí poruchy, chronicity a práce za pomoci terapeuta, zlepšit svou koktavost v akceptovatelnou a neočekávat zázrak (ze dne na den přestanu koktat) může pomoci přijmout roli balbutika, ale s odhodláním dál na své koktavosti aktivně pracovat.

9.3. Vývoj osobnosti s handicapem

„Jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj“ (Vágnerová, 1993, s.65). Psychický vývoj postiženého dítěte prochází sice stejnými vývojovými fázemi, jako vývoj zdravého dítěte, ale přináší navíc jiné problémy a odchylky.

1. Každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí
2. Následkem defektu působí toto prostředí jinak než za normálních okolností.
3. Postižený jedinec reaguje na své okolí, v jeho chování se odráží jeho postižení, i výchovné postoje a sociální vlivy.

„Handicap sám, který představuje určitý, relativně stabilní znak organismu, bude v sociální oblasti stimulovat změny emoční, kognitivní a konativní složky dítěte. Bude tímto způsobem ovlivňovat i roli postiženého dítěte“ (Vágnerová, 1993, s.65). **„Reakce a postoje lidí k postiženému dítěti jsou odlišné a tato skutečnost ovlivní i jeho citový a sociální rozvoj“** (Vágnerová, 1993, s.66). Někdy i samotní rodiče, nevědomě, mění ke svému handicapovanému dítěti *postoj, změnou emocionální složky postoje, únikem ze situace (popření nebo vytěsnění), nepřijetím a zavržením postiženého dítěte, mohou reagovat i regresivně.*

Vágnerová (1993) uvádí, že **sebehodnocení ve školním věku** handicap také ovlivňuje. Poukazuje na vývoj stádia dítěte podle Piageta. K tomuto věku se váže **období tzv. konkrétních operací**. Konkrétní realitou je v tomto případě i vlastní **handicap**. Je prezentován jako skutečná součást vlastních možností, ale především **jako sociální realita**. To znamená, že má takový význam, jakým jej určují postoje a reakce lidí, zejména emočně významných či často prezentovaných.

I Manning (2001, cit. dle Lechta, 2004, s.17) upozorňuje na raný věk v souvislosti s koktavostí. Koktavost je častěji způsobena více faktory než jednou příčinou. Většinou se jedná o spojení jemných motorických faktorů (z nichž některé mohou mít genetický základ)

kombinovaných s reakcemi na podněty z prostředí v kritických fázích raného (předškolního vývoje řeči).

9.4. Psychosomatické vlivy

„Vztah mezi psychickou a somatickou složkou je velmi úzký, protože se jedná o dvě součásti jednoho organismu, spojené regulačním vlivem nervové soustavy a endokrinního aparátu. Jakékoliv somatické onemocnění nepůsobí jen na tělesný stav dítěte, ale ovlivňuje také jeho aktuální prožívání, z toho vyplývající chování a psychický vývoj.“ (Vágnerová, 1993, s.27) Chvála a Trapková (2004, s.33) tvrdí, že **všechny nemoci jsou biopsychosociální**. Důležité je nepreferovat „bio“ na úkor ostatních, špatně zkoumatelných faktorů. Každé onemocnění vzniká v konkrétním interakčním poli. Vždy je možné se vedle podrobných vyšetření těla věnovat také psychosociálním aspektům nemoci. Hledání takových aspektů, však vyžaduje přijetí samotným klientem (snadněji se přijímá informace o škodlivém vlivu životního prostředí, než vliv vlastních emocí na organismus). Dále vyzdvihují nutnost lidského kontaktu v léčbě (např. rehabilitace) a varují, že dnešní trendy v léčbě se spíše lidskému kontaktu vzdalují, nahrazují lidský kontakt strojovým.

Psychické zátěže, především takové, které mají značný emoční náboj, působí na tělesný stav. **Nezvládnuté, dlouhotrvající zátěže mohou udržovat nebo dokonce vyvolávat tělesné potíže a onemocnění**. Taková onemocnění nazýváme psychosomatická. Určitým přechodným stavem mezi normálními reakcemi a psychosomatickými chorobami jsou neurotické reakce se somatickými projevy. V psychosomatickém onemocnění jde o interakci biologické a psychické složky. Hraje zde roli jak **dědičná dispozice**, tak **zkušenost i aktuální vlivy** (Vágnerová, 1993). Obecně je v tomto směru zdůrazňovány **egoobranné mechanismy** potlačení a vytěsnění emocí (více v kap.9.5.1.).

„Variabilita psychosomatických onemocnění je značná a je otázkou proč u daného jedince vznikla právě tato porucha a ne nějaká jiná. Jedním z možných výkladů je **zdůraznění charakteru psychického prožitku zátěžové situace a specifických vlastností jedince**. Další teorie uvádí **zdůraznění konstituční orgánové dispozice**, tj. nejcitlivějšího místa organismu, které takto reaguje proto, že nejméně odolné“ (s.27). Tyto výklady mě přivádí k balbutikům a vzniku koktavosti. Když na zdravé dítě štekne pes, rozpláče se, rodiče ho uklidní a vše co se stalo je minulostí. Stejná situace může být s dítětem, které má ke koktavosti predispozici, ale s tím rozdílem, že šteknutí psa se stane spouštěčem ke vzniku koktavosti. Kde přesně je příčina zatím odborníci stále zkoumají. Už dnes však víme, že faktory, které zmiňuje Vágnerová, hrají v této problematice nemalou roli. Závažnost

zátěžových situací potvrzují i Höschl a Šimek v Psychosomatické medicíně (1993, s.46), kteří popisují výsledky výzkumů vlivu životních událostí na psychosomatické choroby. Podle skóru životních událostí se dají lépe předpovídat psychické choroby a jejich relapsy, než somatické choroby. Přesto obhajují tvrzení, že **psychosociální zátěžové situace přispívají ke vzniku somatických chorob.**

9.5. Stres

„Stresem se rozumí vnitřní stav člověka, který je buď něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“ (Křivohlavý, 1994, s.10).

Intraindividuální (uvnitř organismu probíhající) reakce mají při různých stresech u všech lidí do značné míry stejný charakter (tzv. GAS – general adaptational syndrom, obecný adaptační syndrom), i když interindividuální způsoby reagování na stres mohou být velice rozdílné (s.11). GAS je rychlou, poplachově – pohotovostní reakcí, jejímž hlavním cílem je shromáždit všechny rezervy organismu potřebné k aktivaci a ke zvládnutí působícího stresoru. Součástí GAS je komplex změn, odehrávající se v organismu na úrovni psychické, fyziologické a behaviorální (Kebza, 2004).

Hlavními okolnostmi stresu je kromě nezvladatelnosti dlouhodobost účinku stresoru. Akutní, třeba i velmi intenzivní stresor (negativní vliv působící na člověka), který působí krátkodobě obvykle nepředstavuje samostatné riziko, zatímco chronicky působící a dlouhodobě nezvládaný stresor je vždy takovým rizikem. **Potenciální zdravotní důsledky chronicky působícího stresu mohou mít nejrozličnější povahu podle aktuální genetické predispozice člověka a kontextu působení chronizovaného stresoru** (s.12). Balbutici trpící chronickou kokaťností, jsou vystaveni chronickému stresu. O závažnosti dlouhodobého působení událostí, které jsou pro člověka závažné, se vyjadřuje kolektiv autorů Krejčířová, Svoboda, Vágnerová (2001) takto: **následky traumat a závažných životních událostí jsou jednak krátkodobé, jednak dlouhodobé, ovlivňující celý další vývoj dítěte a někdy vedoucí k trvalým osobnostním změnám.**

H. Selye (cit. dle Křivohlavý, 1994) dělí **stresory** na **fyzikální** a **emocionální**. Mezi emocionální řadí také anticipaci, očekávání toho, že se něco strašného stane. Anticipaci tohoto druhu zažívají právě chroničtí balbutici, kteří bezprostředně před verbálním sdělením anticipují dysfluenci, tudíž se dostávají do opakující se stresové situace, dříve než promluví. Lechta (2004) potvrzuje, že zejména dospělí balbutici obvykle referují, že **uvědomění si už prvních projevů kokaťání během řeči jim často naruší další koncipování sdělení.**

Již několikrát bylo zmíněno, že řečová vada, jak její subjektivní vnímání jedince, tak postojem společnosti, uzavírá takto handicapovaného jedince do sebe, v případě embolofrázie hrozí až izolace. Křivohlavý (1994) to uvádí ve statistickém šetření, které zjišťuje četnost a intezitu stresu dospělých žen ve škále od nejtěžšího stresu po nejmenší. Pocit společenské izolovanosti je již na šestém místě.

9.5.1. Adaptace na zátěžové situace a její mechanismy

Když se jedinec dostane do náročné životní situace, musí se s ní nějakým způsobem vyrovnat. Tehdy se uplatňují obranné tendence, tzv. **adaptační mechanismy**. Vytvářejí a rozvíjejí se v průběhu celého života na základě vrozených dispozic a získaných zkušeností. Cílem těchto mechanismů je **uchovávat vnitřní psychickou rovnováhu člověka**. Pokud je zátěž příliš velká nebo jsou je omezena schopnost jedince přiměřeně reagovat, mohou být obranné mechanismy nedokonalé a rovnováha, kterou vytvářejí, jen dočasná, málo stabilní či ne zcela adekvátní. V tomto směru lze často mluvit o patologických reakcích, protože obranné mechanismy přestaly fungovat. V těchto případech může dojít k poruchám adaptace, které se odrážejí v oblasti prožívání (neurotické projevy) nebo v oblasti chování. Popřípadě lze pozorovat i závažnější selhání obran a psychotické zhroucení vnitřní rovnováhy osobnosti i jejího vztahu k okolnímu světu (Vágnerová, 1993).

„Obrany, které dítě používá, dostane-li se do zátěžové situace, vycházejí z jeho předchozích zkušeností a jestliže přinášejí alespoň nějaký pozitivní efekt, potom se prostřednictvím zpětné vazby zafixují a dítě je v podobných situacích opakuje. Stanou se základem jeho obranné strategie, která má trvalejší platnost“ (Vágnerová, 1993, s.22).

„Mnohé ze zjevných rysů u klientů s koktavostí jsou naučené, často **maladaptivní typy chování, které balbutik používá, aby se koktání vyhnul, odsunul ho, anebo unikl ze zážitku zakoktání**“ (Manning 2001, cit. dle Lechta, 2004, s. 17). **Trvalé užívání vyhybavé strategie však v dlouhodobé perspektivě vede naopak k adaptačním potížím** (Krejčířová, Svoboda, Vágnerová, 2001).

Obranné mechanismy fylogeneticky vycházejí z velmi starých mechanismů, kterými jsou **obrana** nebo **útok**. V člověku hluboce ukotvená tělesná reakce na situaci boje nebo útěku je v současném světě problematická, protože většina stresových situací je psychosociální. Prudká energetická reakce je většinou neúčelná, při častém opakování i zdraví škodlivá (Kebza, 2004).

Útok znamená obecnou tendenci nějakým způsobem bojovat s ohrožující, nepřijatelnou situací. Typickou formou takového stylu obrany je **agresivita**, k tera je zaměřena buď na objekt, náhradní objekt, nebo může být zaměřena vůči sobě samému, např. ve formě akuzací, v krajním případě až suicidálními tendencemi (mohou být i variantou úniku z neúnosné situace).

Únikové mechanismy tvoří větší a variabilnější skupinu obran, jejichž rysem je tendence zbavit se ohrožující situace, kterou jedinec nedovede zvládnout nebo se s ní vyrovnat. Děje se tak buď zdánlivou změnou ohrožující situace, nebo zdánlivým přerušením vazby jedince a existujícího nebezpečí. Obranou je **zkreslení ohrožující reality v přijatelnější skutečnost**. Tyto mechanismy fungují vesměs neuvědoměle a jsou dvojího charakteru:

a) popření

b) vytěsnění

Dále se uplatňují egoobrané mechanismy: únik do fantazie, regrese, fixace, racionalizace, projekce, substituce, identifikace, rezignace, izolace aj.

„**Vytěsnění funguje v oblasti vlastních prožitků, citů, pohnutek a myšlenek, které jsou subjektivně nepřijatelné**. Vytěsňovány jsou např. nepříjemné zážitky, ambivalentní city apod. Vytěsněné, nepřijatelné motivy se sice i nadále projevují, ale v nějaké zastřené, pozměněné podobě, ve které nepůsobí tak intenzivní pocit napětí či ohrožení“ (Vágnerová, 1993, s.23). **Fixace je ustrnutím vývoje, zachováním stereotypních způsobů řešení určitých problémových situací**. Je znamením, že jedinec není zralejšího řešení schopen. Chová se stále stejně, přestože se tento postup opakovaně ukázal jako neúspěšný. „Setkáváme se s nimi např. u neurotických projevů, které se přes své **nežádoucí důsledky paradoxně upevňují, např. v koktání, v opakování zdánlivě zbytečného neúspěchu** apod.“ (Vágnerová, 1993, s.24). S těmito podvědomými mechanismy pracují právě projektivní techniky, kterých používá i arteterapie.

10. PROJEKTIVNÍ METODY A ARTETERAPIE

Využití kreseb lidské postavy jako **projektivního nástroje k vyjádření nevědomých projekcí člověka** má spojitost už s díly Freuda a Junga, podle nichž je umělecká tvorba, stejně jako sny, cestou do nevědomí (Levy, 1958, cit. dle Peterson, Hardin, 2002).

Projektivní metoda podle Kyzoura (2004) je „**konfrontováním subjektu se situací, na níž potom subjekt reaguje podle toho, co pro něj tato situace znamená a také podle toho, jak se cítí, když takto reaguje.**“

Vágnerová (cit. dle Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.287) uvádí, že „**kresba může signalizovat způsob emočního prožívání, úroveň citové reaktivity, resp. aktuální emoční ladění.**“ Dále říká, že **kresebné tématické techniky** slouží ke ztvárnění určité skutečnosti podle představ a zkušeností daného jedince, na základě postoje, jaký si k ní vytvořil a **do své kresby jej promítá, tj. projikuje.** „V kresbě se může projevit jak skutečnost (to znamená zkušenosti dítěte, jeho **reálné zážitky a konflikty**), tak i jeho **obavy a přání.** V kresbě se může projevit i **jiná varianta identifikace**, dítě se může do nakreslené postavy promítat svoje postoje a názory na jiného, blízkého, resp. osobně důležitého člověka, např. rodiče (s.288)“. Ve výtvarném vyjádření se projevuje **typ temperamentu a emoční prožívání**, v tematické kresbě lze zjistit i způsob nazírání a postoj k určité skutečnosti, např. **rodinným vztahům či sebepojetí.** Vágnerová (2001, s. 271).

„Projektivní hodnocení kresby postavy vychází z předpokladu, že každý jedinec promítá do kresby své základní pocity a postoje...v mnoha směrech se zde projeví jeho typické osobnostní vlastnosti (Vágnerová, cit. dle Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s.287).“

Kvalitativní hypotéza předpokládá, že kresby lidské postavy jsou **projekcí kreslířova „já“.** Podle Machoverové (1953, cit. dle Peterson, Hardin, 2002) se **kresba lidské postavy velmi úzce váže k impulsům, úzkostem, konfliktům a kompenzacím, charakteristickým pro toho, kdo obrázek nakreslil.** Její metoda hodnotí, nakolik je kresba vyvážená, včetně formální stavby, nasazení a tlaku tužky. Zaměřuje se na jednotlivé části těla, jejich velikost, tvar, umístění i na případné gumování. Buckův H – T – P test (house – tree – person) svou metodou získává informace o tom, **jak dítě vnímá své okolí a jaká je jeho interakce s ním, o vyspělosti, senzitivitě a interakci osobnosti.** Kresbu lidské postavy využívá i metoda Burnse a Kaufmana (1970). Autoři kladou důraz na **interpretaci činností, stylů a symbolů** na obrázku, které jim napomáhají odhalit narušení rodinného systému. Metoda Furtha (1998) využívá metodu **regresivních kinetických kreseb rodiny.** Spočívá v tom, že dospělý jedinec nakreslí sebe a svou rodinu, když mu bylo pět let. Tato kresba se pak porovnává s kresbou, na níž je zobrazeno, jak daný člověk vnímá svou rodinu nyní. Tato metoda může upozorňovat na některé důležité aspekty autorova života. Koppitzová (1984, cit. dle Peterson, Hardin, 2002) rozděluje projektivní využití kreseb lidské postavy na několik

skupin. Ty, které vypovídají o osobnosti (Machover, Buck), o já ve vztahu k druhým (Burns, Kaufman), o skupinových hodnotách (Dennis, 1964) a o postojích (Hammer, 1960).

„Při hodnocení (balbutikových) osobnostních charakteristik, emočního ladění, sebepojetí dítěte a posouzení rodinného systému je kromě údajů od rodičů a pozorování dítěte nutné vycházet zejména z **neverbálních projektivních zkoušek** (kresby, scénické či konstruktivní projektivní metody) ...ještě významnější je ovšem změna postojů dítěte samého k vlastním řečovým potížím a odstranění logofobie, v terapii se zaměřujeme na posílení vlastního sebehodnocení a sebedůvěry, na nácvik sociálních dovedností a otevřeného vyjadřování emocí“ Krejčířová (cit. dle Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 482, 484). Smedt (in Lechta, 1990) **zjistil i specifické zvláštnosti kresby koktavých dětí: asymetrii kresby, narušení prostorové orientace, odchylky od hlavní tělové osy, instabilitu, znetvoření úst.**

Jedním ze znaků (dětské) kresby lidské postavy, které mohou mít nějaký signální význam uvádí Vágnerová (cit. dle Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001, s. 290) hlavu, o které mj. uvádí: Hlava nápadně malá nebo asymetrická, s nápadnostmi obličeje bývá považována za signál celkové nevyrovnanosti, emočních problémů, popřípadě komunikačních a adaptačních potíží. **Hlava je chápána jako centrum osobnosti**, a proto může mít zobrazení jednotlivých rysů obličeje nějaký diagnostický význam. Nápadně malé a potlačené rysy obličeje mohou svědčit pro úzkostné ladění a pocity nejistoty ve vlastním významu, resp. méněcennosti. Nenápadné, malé a potlačené rysy obličeje mohou svědčit pro úzkostné ladění a pocity nejistoty vlastního významu, resp. méněcennosti.

K projektivnímu hodnocení kresby lidské postavy Vágnerová (cit. dle Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001) dodává, že je zde větší **riziko nepřesnosti a nesprávnosti interpretace** než v případě jiných metod (např. výkonových). Výhodou takového přístupu zůstává **možnost zachytit velmi různé specifické signály**, jejichž platnost je třeba ověřit dalšími, přesněji zaměřenými metodami. Její slova potvrzují Peterson a Hardin (2002, s.34). „Kvalitativní interpretace bývá kritizována především proto, že kresbu využívá jako metodu pro vysvětlení percepce jedince (tj. že vnáší do výtvoru další význam). Někteří autoři podobné interpretace kritizovali pro nedostatek důkazů.“ Aby využití kreseb v klinické praxi nabylo na věrohodnosti, aplikují se metody na určení **reliability a validity interpretace** konkrétní kresby. Reliabilita znamená, že u různých jedinců za podobných podmínek, opakovaně dochází k podobným zjištěním. O validitě hovoříme tehdy, když identifikované aspekty v případě konkrétní kresby skutečně indikují potenciální patologii či zdraví. (Peterson, Hardin, 2002). Autoři také upozorňují na možnou **projekci interpretujícího** do

kresby analyzanta. Peterson a Hardin také varují před **přehnaným interpretováním**. Psychologické onemocnění dítěte (ani dospělého) nelze diagnostikovat na základě indikátorů přítomných v jediné kresbě.

Analýza spontánních produktů podle Svobody (2001, str. 47): „Cenným zdrojem diagnostických informací jsou výsledky činnosti zkoumané osoby. Jsou to např. spontánní kresby nebo malby, básně, jiná literární činnost, amatérské výrobky z nejrůznějších oblastí. Výraznou hodnotu mají v tomto smyslu dopisy, deníky a jiné osobní dokumenty. Za spontánní produkt sloužící k diagnostice lze v této souvislosti považovat i písmo (rukopis).

11. PRAKTICKÁ ČÁST – KAZUISTIKA JULIE N.

11.1. Anamnéza

S Julií N. jsem se setkala vlastně náhodou, dozvěděla se, že mě problematika koktavosti zajímá, tak jsme se potkaly. Při prvním setkání mi Julie řekla, že už několik let není v péči logopeda. Zprostředkovala jsem jí tedy kontakt se **Soukromou klinikou LOGO s.r.o. v Brně**. V této klinice jsem, s laskavým souhlasem, přednostky kliniky PaedDr. Ilony Kejklíčkové Ph.D., vykonávala studentskou praxi v oboru logopedie a stále působím v oblasti arteterapie. Moje arteterapeutické aktivity v Soukromé klinice LOGO se soustředí převážně na práci s dospělými balbutiky, dříve převážně v rámci kolektivních logoterapií, nyní při týdenních pobytech balbutiků, kde je pro arteterapii větší prostor, více času a práce může být soustavnější.

11.1.1. Soukromá klinika LOGO, s.r.o.

Soukromá klinika LOGO s.r.o. je unikátním zařízením svého typu v ČR. Model péče o pacienty je postaven na **komplexní léčbě**, která předpokládá úzkou spolupráci řady odborníků - foniatra, neurologa, psychologa, rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta, klinického logopeda a dalších odborníků kliniky, podílejících se na stanovení diagnózy a možném postupu následné terapie. Soukromá klinika LOGO nabízí v oblasti klinické logopedie **stacionární diagnostický pobyt** v lůžkovém oddělení kliniky, vhodné pro stanovení optimálního postupu v léčbě každého jednotlivce se stanovením přesné diagnózy a sestavením individuálních léčebných plánů, které následně provádí celý tým odborníků. Charakteristické je prolínání **individuální a skupinové terapie**, završené již tradičně prázdninovým pobytem. Pro dětské pacienty je možné využít denní stacionář, který je určen pro pacienty, kteří vyžadují individuální péči.

Spektrum nabízených aktivit: klinická logopedie, klinická psychologie, ORL a foniatrie, audiologie, biofeedback, ordinace rehabilitačního lékaře, oxyrelax, počítačové programy, psychomotorika, cvičení jógy, cvičení na rehabilitačních míčích, plavání, rehabilitace - vodoléčba, masáže, arteterapie, taneční terapie, dramatická výchova.

Dále jsou zde *poradny* určené pro pacienty se specifickou poruchou učení, s dg. balbuties, s DMO a s dysartrií, s rozštěpovými vadami, s dg. vývojová dysfázie, pro hyperaktivní děti, pro předškoláky.

Skupinové terapie probíhají pro klienty s dg. balbuties a také pro klienty s dg. afázie.

11.1.2. Specifika setkávání s Julií N.

Julie N. absolvovala celkem tři ambulantní pobyty v klinice LOGO (vstupní čtyřdenní a dva dvoudenní), úryvky z lékařských (propouštěcích) zpráv pochází z tohoto zařízení a poskytla mi je sama klientka. (Od dalších plánovaných pobytů, na jaro 2005 a podzim 2005 upustila. Jako důvod uvedla v prvním případě nedostatek financí, financovala pobyt do Chorvatska, který byl závěrečným pobytem tzv. „růstové“ skupiny CNP a zároveň završení skupinové terapie v CNP pro Julii. V druhém případě nedostatek volna, které si může vzít ze zaměstnání, nastoupila k distančnímu studiu /dva víkendy v měsíci/ v Mostě.) S klientkou jsem se setkávala v čase domluveném pro arteterapii při jejích pobytech na brněnské klinice, protože by to však na arteterapeutickou intervenci bylo velmi málo, setkávaly jsme se v Praze, místě jejího nynějšího bydliště. Arteterapeutická setkání s klientkou byla nepravidelná. Vzhledem k její práci, jako krupíérka pracuje na nepravidelné, dlouhé směny v noci a přes den spí, bylo často obtížné domluvit nějaký společný čas pro arteterapii. K této nesystematičnosti v čase přispíval i fakt, že klientka žije v jiném městě než já. I po dobu, kdy neprobíhala arteterapeutická setkání, jsme spolu komunikovaly, klientka měla potřebu kontaktovat mě (sms zprávou), jak o svých úspěších (přijetí na střední školu), tak i událostech, které způsobily depresivně laděné nálady.

Arteterapeutické setkání trvalo zpravidla 2,5 až 3 hodiny a sestávalo se z rozhovoru, v jakých oblastech (logopedie - koktavost, události v CNP, osobní život, školní a pracovní oblast) se klientce daří nebo naopak nedaří a proč, co nového, významného se událo v jejím životě. Rozhovory se sestávaly z toho, co do nich klientka sama, spontánně přinesla, témata, o kterých chtěla mluvit (a pravděpodobně má menší okruh lidí, se kterými by je mohla rozebírat, např. o řečových vadách se i v partnerských a rodinných vztazích nezdíká vůbec nemluví). Dále z otázek, které rozvíjely již načaté téma, nebo jiných, o kterých jsem se domnívala, že souvisí s Juliinou koktavostí, tedy i sociální vztahy, doléčováním prodělané závislosti, jejím duševním vztahem vůbec a v neposlední řadě otázky, které se týkaly malování a již hotových obrázků. Náš vztah není čistě vymezen jako terapeut – klient, z hlediska věku (Julie je o rok starší, je jí 25 let), mému statusu studenta, charakteru rozhovorů a setkání, které Julie vnímala spíše jako kamarádské, i když poněkud zvláště vymezené (a to časem a jeho náplní). Nedomnívám se, že by toto pojetí bylo v případě této klientky na škodu, protože výtvarný posun se dařil, nějaké posuny v realitě také. Navíc bylo třeba akceptovat, že pro Julii jsem především člověk ze světa, kam by se ona chtěla přiblížit. Julie byla otevřená a vstřícná, proto jsem měla jedinečnou možnost porovnávat její aktuální, životní události (jak je subjektivně popsala), s tím, co lze „rožnovskou metodou“ dohledat ve výtvarné produkci autorky, v případech, kdy arteterapie proběhla v klinice LOGO i se závěry odborníků, které jsou uvedeny v lékařské zprávě.

Výjimečně, kvůli anamnestickým údajům, neuvádím úryvek z lékařské zprávy chronologicky (za IV. Setkání ze dne 1.4.2004)

**Záznam (úryvek) z lékařské zprávy
Julie N.**

2. 7. 2004

dg: psychogenní balbuties

Logopedické vyšetření: kontakt navazuje klientka bez větších obtíží. Zpočátku mírná tenze, která postupně mizí, během dalších sezení působí klientka uvolněně. Spolupracuje ochotně. Během sezení je často unavená, jako důvod udává obrácený denní režim – pracuje jako krupíérka. Oční kontakt navazuje.

Spontánní mluvní projev charakterizován výskytem četných středně těžkých až těžkých tonoklonů, zejména na počátku, místy i uprostřed slov. Problematické hlásky jsou nekonstantní, častěji bilabiály P a M. Mluvní tempo je celkově rychlejší, klientka to popisuje jako snahu říci vše dříve, než se řeč zablokuje. Přítomna je **embolofrázie** v podobě opisování problémových výrazů, **logofobie** přítomna, např. při rozhovoru s autoritami.

Foniatrické vyšetření:

RA: matka balbuties, bratr SPU (dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie)

OA: zlomeniny zápěstí 5x, od narození anacusis (hluchota) levého ucha, alergie na hmyzí bodnutí, na Biseptol

NO: od 8 let PPŘ

Dop.: psychiatrická th-psychotherapie, relaxační techniky žádoucí.

Psychologické

vyšetření:

Má snahu si dokončit středoškolské vzdělání, které nedokončila. Jde o dívku s nadprůměrnou úrovní **nonverbálního intelektu**. Osobnostní dotazník ukazuje na hraniční hodnoty **extraverze-introverze**/tedy **nevyhraněnost** v těchto kategoriích/ a na **zvýšený neuroticismus**. Osobnostní dot. W.-M. vykazuje v sedmi kategoriích z osmi **vysoké skóre patognomiky**. Pac. ve stálé péči psychiatra a je medikovaná. Dívka má výraznou snahu posunout svůj život k lepšímu a snaží se na tom podle svých sil pracovat.

Cílené vyšetření psychiatrem:

Po domluvě s psychologem vzhledem k výsl. psycholog. vyšetření. Pac. v léčbě psychiatra, dále v Centru následné péče (CNP) pro drogově závislé při DROP-IN Praha. Z medikace nasazen Remeron 30mg/ d, /cca od 12/2002/, dále Frontin 2mg/d, /medik. asi 3 roky/. Pravidelně probíhá psychoth./indiv. psychoth. 2x týdně, 1x týdně skupinová sezení. Anm: sy závislosti na psychoaktivních látkách /preferencí pervitinu, abstinence cca 1,5 roku/. Závislost na pervitinu 5 let, i. v. aplikace, dávka denní až 1g. Anm: psychot. reminiscence, anx. depres. rozlady, v roce 2003 kombin. se suicid. pokusem /metamfetamin, BDZ, vulnérace na zápěstí/ - dopor. hospit. na psychiatrii, podepsala revers.

SPP. klidná, kontakt adekv. poruchy plynulosti řeči, spolupracuje, bez deprese, pouze mírná tenze, není anxiety, psychot. sympt. nezjištěna. Anm: sy závislosti na psychoakt. látkách s preferencí MTFT /anm. experiment. s cann., extasy, LSD, kokain/, anm. psyhot. fenomény na dojezdech, psychot. reminiscence, dysomnia, suic. pokus při ztrátě životního smyslu. Dysharmon. vývoj osobnosti v.s., LMD, citová subdeprivace nelze vyloučit.

Res.: porucha plynulosti řeči

Anm. sy závislosti na metamfetaminu, akt. abstinence, craving + hypacusis I. sin.

Dop: Dle zvážení ambul. psychiatra možno zvýšit Remeron, z dlouhodobého hlediska by bylo vhodné postupně snižovat Frontin do vysazení, vzhledem k možnosti dalšího návyku. Další psyhoth. péče při CNP pro drog. závislé Praha.

Neurologické vyšetření:

RA: matka hyperfunkce štítnice

OA: z první grav, o okolnostech porodu není přesně informována, inkubátor 48 hodin, ikterus (žloutenka), od nar. neslyší na levé ucho, vývoj motoriky a řeči přim., operace ve 13 a 14 letech operace „výrůstků“ na patách, zlomeniny zápěstí, od 8 l na psych, pak ne několik let přerušila, nyní v péči asi od 2001.

SA: krupíér, zrak korekce brýlemi

GA: menses prav, bez potíží. Hormon. antikoncepce. Od dětství bolesti hlavy, bolest v čele, bolesti jsou spíše mírné, tlakové, frekvence 1x týdně, od nástupu do zaměstnání před půl rokem trvala bolest v C páteři, s vyzařováním do zátylí, asi 2x za rok bolest hlavy se zvrácením.

Závěr: neurolog. nález bez ložisk. symptomů.

Vzhledem k tomu, že klientka byla dlouholetou uživatelkou pervitinu a nadále navštěvuje doléčovací zařízení, považuji za důležité některá specifika této drogy krátce zmínit: Pervitin je **psychomotorické stimulant**. Nevyvolává somatickou závislost, ale psychickou, která se vyznačuje především cravingem (dychtěním po látce, resp. po jejím účinku). Pervitin urychluje tok myšlenek, často na úkor kvality, zvyšuje pozornost a

soustředěnost. Zlepšuje schopnost empatie, odstraňuje zábrany. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Intoxikovaný nemá potřebu spánku. Pervitin výrazně snižuje chuť k jídlu. Působí anxiogenně (může navodit strach a úzkost). Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s hlubokými pocity vyčerpání a celkovou skleslostí, tzv. dojezd (Minařík 2003, s.164, cit. dle Kalina a kol.).

12. ARTETERAPEUTICKÁ SETKÁNÍ S JULIÍ N.

12.1. I. setkání

19.3. 2004

Záznam z rozhovoru: Toto setkání bylo seznamovací, rozhovor je z části věnovaný anamnestickým údajům (uvádím pouze to, co není zaznamenáno v úryvku z lékařské zprávy, viz. výše), uvedení do Juliina problému koktavosti a do arteterapie, co se bude při našich setkávání odehrávat.

Do osmi let věku probíhal normální vývoj řeči. O spouštěči koktavosti z vyprávění Julie: V den, kdy měla Julie osmé narozeniny, přišla nečekaně, nezamčenými dveřmi, do rodinného domu, kde Julie s rodiči a bratrem bydlela cizí žena. V blízkosti dveří byla jen Julie a její o dva roky mladší bratr. Obě děti se ženy lekly, bratr utekl po schodech o patro výš. Žena, která přišla do domu plakala a byla nepřiměřeně emotivní. Vrhla se na dívku a začala ji objímat se slovy: „Holčičko moje!“. Julie své pocity popisovala jako šok, strach a zmatek. Pak se objevili rodiče, ženu odvedli. Následně rodiče Julii vysvětlili, že je to její babička, respektive matka jejího biologického otce, kterého si nemůže pamatovat, protože jí a její matku opustil, když byla velmi malá. Juliina biologická babička bydlela po celou dobu Juliina dětství ve stejné vesnici. Tento kontakt s biologickou babičkou byl Juliiným prvním a posledním. Celá rodina (primárně rodiče) označila za příčinu Juliiny koktavosti biologickou babičku. Komunikace s ní je od té doby přerušena, pravděpodobně nefungovala ani před tímto zážitkem. Julie tedy zjistila, že její otec je jejím nevlastním otcem (bratr je již vlastním dítětem, je o pět let mladší než Julie) a od té doby začala koktat.

Diagnóza, která je odstartovaná **traumatickým zážitkem** se nazývá **psychogenní koktavost**.

K předešlé logopedické a foniatrické péči během setkání také Julie řekla, že v logopedické péči nebyla několik let, naposledy před několika lety na týdenní hospitalizaci na foniatrii v Bohnicích, o kterém se nevyjadřovala jako o přínosném. Ve foniatrické péči je v Chomutově (kde bydlela s rodiči, klientka sama se tam nezdržuje, obývá garsonku v Praze).

K antidepresivům a k závislosti: Jednou, když jí antidepresivy došla, předávkovala se léky a došlo k suicidiálnímu pokusu. Tehdejší přítel ji odvezl do nemocnice. Následovalo umístění do Psychiatrické léčebny v Mostě. Podepsala revers a byla propuštěna. Po této události odjela do Prahy a sama kontaktovala DROP-IN.

K závislosti ještě uvedla: *Mívám chuť, sny...* Rozebírá na psychoterapeutických sezeních.

O rodičích Julie řekla:

O matce: Když se trochu napije, zakoktavá se. Na otázku zda rodiče věděli o Juliině závislosti na pervitinu uvedla: *O závislosti máma věděla, ale dělala jako že ne, nechtěla si přiznat, že zrovna já bych mohla brát drogy. O tom jsme si promluvily až po mých návštěvách v CNP... Udělala pro mě vždycky to nejlepší co mohla, alespoň si to myslím.*

O otci: *Miluju ho. Je to můj táta, i když nevlastní. Vychoval mě, je to můj táta... Když se narodil bratr, začal táta dělat rozdíly, kterým jsem tehdy nerozuměla.*

Pracuje jako krupíerka. Je v tříměsíční zkušební době. Bojí se, aby kvůli koktavosti nepřišla o práci (zkušební doba končí v polovině dubna).

Naposledy se vzdělávala na gymnáziu, nedokončila III. ročník studia, *kvůli vztahu s fyzikářem a fyzice*. Uvádí, že byla tehdy velmi impulzivní. Středoškolské vzdělání by chtěla

dokončit na Obchodní akademii se zaměřením na speciální pedagogiku pro vězeňskou službu. *Jedna z mála škol, kde nevadí, že koktám.* Není si jistá svou motivací, zda se chce hlásit znovu k přijímacím zkouškám (sestávají se pouze ze zkoušky z českého jazyka).

Na otázku jaké má zájmy, řekla, že by ráda zkusila tai-či.

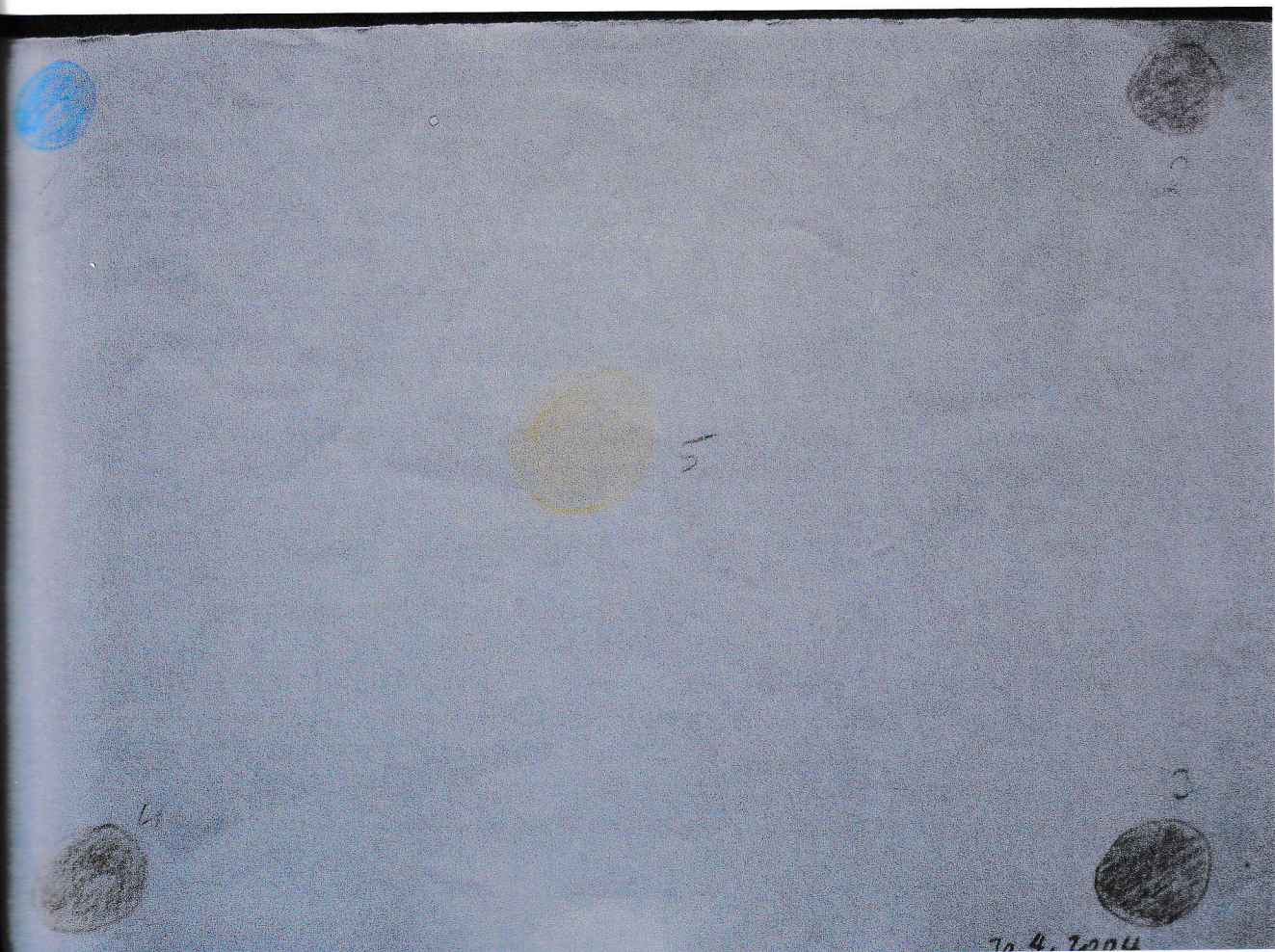
Pokusy zbavit se koktavosti: pomocí hypnózy, *přes psychiatrii.* Věří v to, že *bych se jednou probudila a nekoktala bych.* Na druhou stranu si to nedokáže představit, *jsem na to zvyklá, jsem s tím sžitá.*

Výtvarného projevu se bojí. Je pro ni přijatelnější představa, že budu u jejího malování přítomná, než aby vytvořila koláž či obrázek sama. *Nikdy jsem výtvarně moc ráda nevytvářela.* Zeptala se, jestli je – ten prostředník arteterapie – ten obrázek *nutný?* *Jestli by to nešlo jinak.*

Zpívala ve sboru (koncerty v kostelech, klášterech). Když zpívá – nekoktá. Sama si uvědomuje, že to souvisí s dýcháním.

Má zájem o literaturu, která je o teorii koktavosti, o koktání toho moc neví.

Komentář k rozhovoru: Z rozhovoru víme, že rodina označila za příčinu koktavosti babičku. Snad by šlo použít i silnějšího výrazu a to: že rodina si našla obětního beránka, který způsobil problém jejich dcery. O rodině a vztazích v ní jsem se od Julie dozvíдалa většinou v superlativech, v podstatě v prohlášeních (viz. výše vyjádření o rodičích). To by mohlo signalizovat, projekci klientky ideálních představ o rodičích. Mlží, čímž se snaží zakrýt to, že tak ideální vztahy v její primární rodině nejsou. Tomuto tvrzení by nasvědčovalo, že se ve výběru témat k malování trvale vyhýbá tématům spojeným s rodinou, rodinné koláži.



12.2. II. setkání

30. 4. 2004, obrázek na téma: Adam a Eva

Záznam z rozhovoru: Nejdůležitější událost od prvního setkání se stala 22. 4. 2004. Julie přestala abstinovat, došlo k relapsu. *Ve tři v noci mi zavolala kamarádka...že je v Praze...při pohledu na drogu jsem neodolala.* Druhý den měla „dojezd“, byla ve špatném psychickém stavu. Absolvovala rozhovor s psychoterapeutem v CNP. Už po událostech, které proběhly před relapsem byl ohrožen její postup do skupiny další úrovně, tzv. růstové. Po relapsu *si podepsala*, že jí do ní nevezmou. Psychoterapeut (k němuž dochází na individuální psychoterapii) jí potvrdil, že by postup *psychicky nezvládla*. **Byl to 2. relaps po půl roce, kdy byla „čistá“.** Jako jediná ze stávající skupiny nepostoupí, jeden člen odstoupil na vlastní žádost, dalších 6 postupuje. V individuální terapii pokračuje. Prvním příval emocí, když se dozvěděla, že nepostoupí, popisovala jako *dětský truc*, chtěla z CNP odejít úplně. Pak se *z toho vyspala* a chce pokračovat v individuální terapii. Možná bude znovu navštěvovat tématickou skupinu a pak se znovu přihlásí do růstové. *Individuální terapeut přestal být hodným blbcem, v té době jsem mu lhala, ve smyslu neříkala celou pravdu. Přitvrdil, až mě to šokovalo.* (což se zdá být účinné, klientka jde do sebe).

Má za sebou víkendový pobyt s CNP. Byla přijata skupinou, přesto, že měla *zlostnou a plačtivou náladu*. To jí překvapilo. Z víkendu je nadšená, že skupinového malování a z psychoher. *Od té doby (od pobytu s CNP) se v sobě šťourám.* Po návratu do Prahy, do reality, jí přepadl *smutek a plačtivost, náběh na depresi*. Uvedla, že *na lidi ze skupiny je hodně fixovaná. Naučila jsem se s nimi otevřeně mluvit.*

Zeptala jsem se jí na „dětský truc“, který zmínila. Jestli si na něj vzpomíná z období dětství...*Vzpomínám si na hru Dostihy a sázky, byla jsem zlostné dítě, když jsem prohrávala. Rodiče na můj vztek reagovali smíchem. Místo smíchu jsem potřebovala, aby mne rodiče objali a politovali... Tohle jsem si uvědomila na poslední psychoterapii.* Také řekla, že cítila velkou zodpovědnost, kterou se cítila zatížená, za mladšího bratra. *Když při individuální terapii přijde terapeut na něco dříve než já, jsem naštvaná, chtěla jsem si na to přijít sama.* Uvědomuje si to jako svou *špatnou vlastnost*. Sama o sobě řekla, že je *zaměřená na výkon*. Když se jí něco nepodaří, je z toho zklamaná (objevila při terapii).

Rýsuje se logopedická péče na Soukromé klinice LOGO. Julie je ochotná si vzít dovolenou na týdenní pobyt. Je překvapená, jak rychle se hýbou události kolem její logopedické péče. Uvedla, že *poslední tři měsíce mluví strašně*. Zakoktává se i na slabikách, na kterých se dříve nezakoktávala.

Celkově dominuje smutek z relapsu, z toho, že *selhala*. Radost má z toho, že je za ní tříměsíční zkušební pracovní doba.

Komentář k rozhovoru a k malování: Klientka působí jako velmi ochotná ke spolupráci. Jak se ukáže během dalších arteterapeutických setkáních její nadšení do něčeho nového → ochota, snaha → realizace → výsledek je často ambivalentní. Např. literaturu o koktavosti, o kterou velmi stála v podstatě nikdy neotevřela, takových příkladů bude během setkání přibývat. Mgr. Růžicková má s balbutiky tu zkušenost, že jsou si sebou v podstatě jistí. Bojí se změny a odmítají ji. Zkušenosti, které mám s balbutiky z kliniky LOGO její slova potvrzují.

Jako téma k malování si Julie vybrala ADAMA A EVU. Odmítla Šípkovou Růženku (kterou při dalších setkáních odmítá opakovaně). Na metodické instrukce k malování reaguje poměrně rezistentně. Na nápad, že by se (na převážně zeleném obrázku) na obrázku mohla objevit, třeba modrá nebo červená, namalovala květiny v pravém dolním rohu a červený jazyk hada a řekla, že *to stačí*. Malování si chce řídit sama; „...*mě se ten strom takhle líbí víc.*“ Je tedy přesně podle Juliiných představ. Podle instrukce „usadila“ postavy, stromy a zvířata, aby „nelítala ve vzduchu“. S touto změnou, kterou provedla byla po dokončení spokojená. Sama –

spontánně – uvedla, že jí malování bavilo, uvolnilo. To, že jí to bavilo, jí překvapilo. Cestu k malování jí odblokoval víkendový pobyt s CNP, uvolnila se.

ADAM A EVA - interpretace

Barevně v obražku převládá zelená (světlá i tmavá), dále má podíl hnědá a „špinavý“ okr. Z „rožnovského“ pohledu vnímáme světle zelenou jako emoční nezralost, čím tmavší zelená, tím starší. Mohla by světlejší zelená v tomto obražku odkazovat k věku základní školy a tmavší zelená být pojata jako perspektivní tenze? „Perspektivně tenzní“ zelená se u balbutiků objevuje poměrně často, s jistou „vyšší dávkou tenze“ žijí, kvůli svému bloku ve verbální komunikaci, v podstatě pořád. V současné situaci autorky by mohla mít souvislost i s nedávným relapsem?

Barva obou figur nemá určitou barevnost (něco mezi zelenou, okrem), hodnotili bychom ji spíše jako „špinu“, než barvu, potom bychom ji interpretovali jako symptomatickou? Postavy, zobrazené en face, jsou poměrně toporné, celý obrázek je v zastaveném čase, v zelené, určené pro trávu, je pohybu nejvíce. Obrázek je zajímavý mj. tím, že je v něm tedy statičnost – postavy a zároveň jistá dynamika – tráva, uhlopříčka.

Absence prostoru nám naznačuje bezčasovost. Izolované prvky bychom mohli vnímat jako „práci“ egoobránných mechanismů? Zdání objemu jeví snad had, obtočením kolem stromu a stromy v pozadí, levém horním rohu, celkově by se dalo říci, že klientka s objemem nepracuje.

Muž a žena na obražku spolu nekomunikují, chybí mezi nimi kontakt, nemají dokončené ruce, tudíž se sebe ani nemohou dotýkat, „drží se, ale nedrží“? Podobně mají nedokončené nohy, podobně nefunkční. Jsou nepřítomní i svými zraky, mají „slepé“ oči. Obličej mají schematické, bílé, podobně jako bílé lemování kolem postav, i stromu na straně „Já“. Bílou z pohledu „rožnovské“ metody interpretujeme mj. jako vytěsnění, kultivovanou dominanci, manipulaci. Ze tří stran je obrázek v podstatě orámován bílou, spodní „provozní rovina“ a boční strany. Zvířátka působí poněkud infantilně, jsou podobná spíše kulisám, než živým tvorům, zajíc by mohl být symbolem náruživosti (na straně „Ty“)? Obrázku chybí horizont, jednou z možných interpretací absenčního horizontu by mohla být emoční plochost?

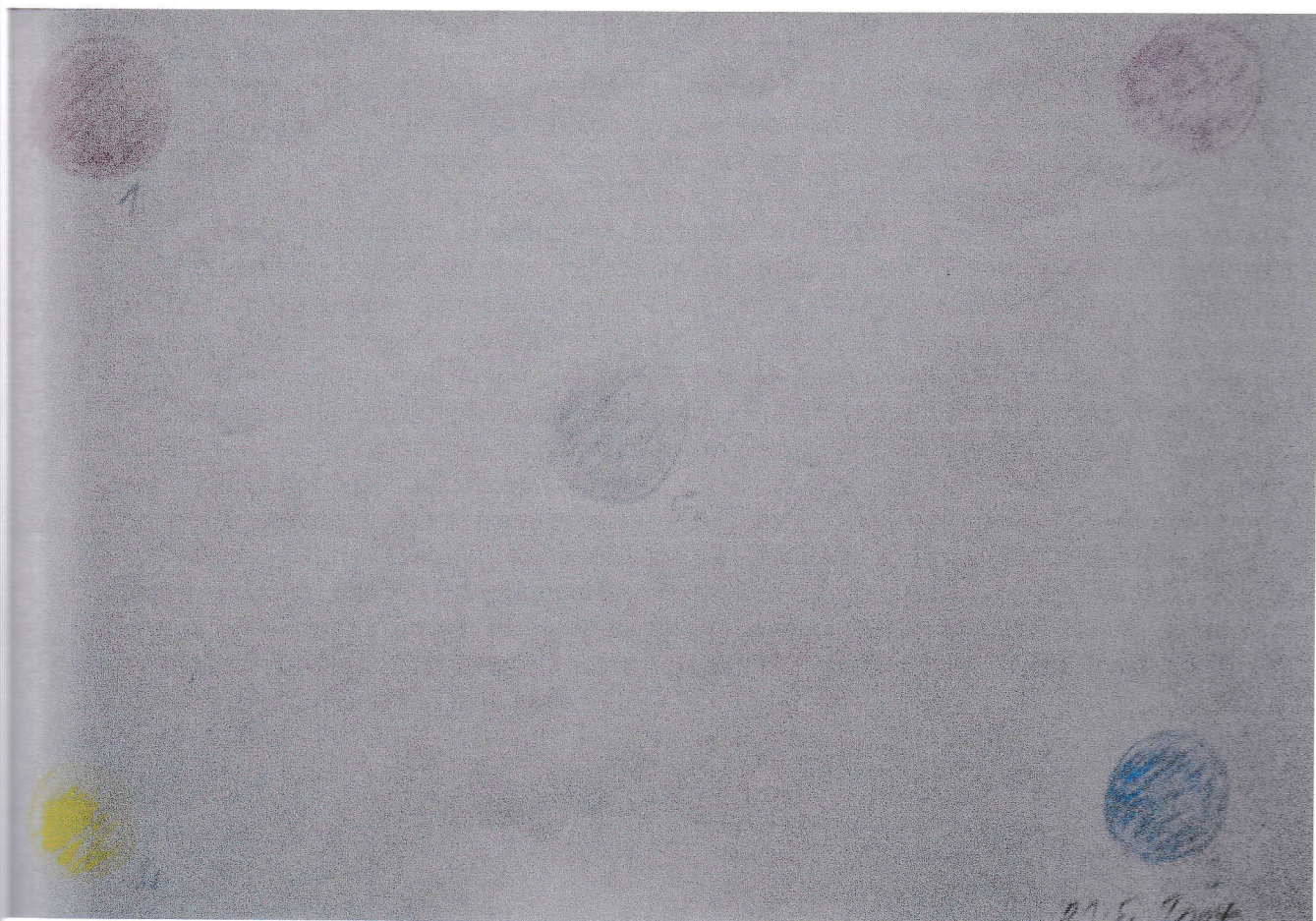
Pozoruhodný je strom na straně „Já“. Když připustíme, že koruna symbolizuje hlavu, v tomto případě je koruna „oddělena“ od stromu, můžeme si položit otázku: omezuje se autorka sama? Větve v koruně stromu na sebe nenavazují, nezačínají a nekončí. V koruně je zmatek: zmatek v hlavě? (Hypoteticky se tu nabízí i paralela s dyskoordinací mozkových hemisfér, jako příčinně koktavosti). Had stahuje strom, což by mohlo symbolizovat napětí. Z pohledu na strom: kořeny - minulost, kmen – přítomnost, koruna – budoucnost, kořeny (minulost) nejsou příliš ukotveny. Otázka ne příliš bezpečného zázemí v dětství? Strom je nakloněný mírně vlevo, tudíž ke straně „Ty“ a směrem i introverzi. Jablka jsou na stromě dvě, jedno červené a jedno tmavě zelené. Znamená to možnost výběru? Kytíčky v identifikačním rohu, které jsou zjevně dekorativní, interpretačně se nabízí nutkavost (stejně jako v listí v koruně stromu), byly dělány tak trochu „na truc“, když jsem se zeptala, „budou-li na obražku ještě jiné barvy? Třeba červená, nebo modrá...“ Klientka mi odpověděla „vyšíváním“ kytíček, jazykem a okem hada a červeným jablkem (zelené bylo tedy první!).

Komentář k interpretaci: Klientka nebyla ochotná asociovat, jak o pocitech Adama a Evy, o ději na obražku, ani o tom, jestli jí Eva někoho nepřipomíná. V počátcích je těžko rozlišitelné, jedná-li se o nedůvěru (nechuť mluvit) nebo hodně racionalizuje (což se projevuje po čas všech arte setkání). Je také možné, že během své léčby z drogové závislosti, potkala řadu psychologů a proto také řadu nejrozumnějších testů a obává se, že by mohlo být asociování nad obrázkem něco podobného.

KTC – interpretace

Aktuální problém – je nejvíce zvýrazněn – zvětšenou velikostí, trochu nadsazen směrem ke snové rovině, což může svědčit o přecenění se. Je až poslední v pořadí, což může signalizovat, že je bezpečnější nejdříve oslovit všechny kolem, čímž autorka získá větší jistotu? Žlutá může být odrazem signální úzkosti, normativností (norma může být zvlášť po relapsu problém), žurnalismem (prohlášení) a otázkou sebeprezentace, která může způsobovat bloky v komunikaci (koktavost)?

V rovině provozní: Černá by hypoteticky mohla být vina, destrukce, negace (všechny tyto termíny mohou být spojeny s pocitem „selhání“ z porušení abstinence, reakcí terapeutů z CNP...)? Hnědá barva se dá vykládat jako nutkavost (v obrázku kytičky a koruna stromu), citová staženost (neochota asociovat nad obrázkem?), destrukce bez převzetí odpovědnosti (úvahy odejít z CNP úplně?). Černá v kombinaci s hnědou by mohla být velmi ozbrojenou kombinací, těsně před tím, než začne konflikt.



12.3. III. setkání

21.5.2004, obrázek na téma: Sněhová královna

Záznam z rozhovoru: Potvrzuje, že zakoktávání na slabikách, na kterých se dříve nezakoktávala trvá. Domluvila si termín pobytu v klinice LOGO. Těší se. Definitivně nepřijata do růstové skupiny. *Jsem s tím smířená.* Přijata znovu do tématické skupiny, která začíná. Jsou v ní zatím čtyři kluci a Julie.

Téma na malování si vybrala Ledovou královnou (odmítla zážitek z dětství a rodinu, kterým se stejně jako Šípkové vyhýbá nadále opakovaně).

Klientka má ráda nad obrázkem kontrolu, bojí se, *aby se jí to někde nerozpilo.* Podle metodické instrukce, navhlčila papír v místě určeném pro oblohu. Obrázek Ledové královny se jí líbí více než minulé (Adam a Eva), připadá jí *víc barevnější.*

SNĚHOVÁ KRÁLOVNA - interpretace

Klientka si sama zvolila zimní motiv v pozdní jaro. Celkový výjev je statický. V obrázku celkově dominuje bílá barva, následuje bledě modrá a hnědá. Barvy (snad kromě saní a Gerdiny šály) působí pastelovým dojmem, jakoby se i sem bílá (interpretačně vytěsnění?), přimíchala.

Kay je postaven na spodní linku, Gerda téměř. Postavy se podobají Adamovi a Evě z předešlého obrázku postojem, velikostí – jako na předchozím výkresu je muž/chlapec větší než žena/dívka a je více v popředí. Vyměnili si však strany. Chlapec na tomto výkresu drží brusle. Podle Uždila (2002) se vzájemná blízkost a souvstažnost věcí (ruka + brusle = ruka držící brusle) podobá pohybu, který ještě dítě neumí zobrazit pokrčením údů. Stejně jako Eva, je i Gerda blondýnka (autorka je bruneta).

Pokud bychom, pohádku a role v ní interpretovali podle „rožnovské“ metody, mohla by být na obrázku Julie a její bratr. Chlapec na obrázku je o několik let starší, než dívka. Mohlo by se zde nevědomě zrcadlit Juliino přání, aby byl bratr starší? (viz. 2. setkání, že se cítila zatížená zodpovědností za mladšího bratra) Ruce v rukavicích mají obě děti „studené“, zchlazený kontakt?

Nejteplejším místem v obrázku je červená čepice Gerdy, vitalita až agrese? Také možná „horká hlava“? Hlava je místem, které je u balbutiků často něčím nestandardní (bude dále popsáno v Juliině produkci), tím, že je v ní pohyb, zmatek, něco z ní roste, kouří se z ní...atd. Hlava jako místo symptomu (koktavost dyskoordinace hemisfér)?

Gerda je poměrně hodně oděna do hnědé. To bychom mohli vykládat jako hmotné záležitosti, vzala autorka hmotné záležitosti do svých rukou? Bledě modrá je na většině pozadí v obrázku: chce autorka udělat vše, aby měla klid (projev dobré vůle)? Bleděmodré kopce by mohly vypovídat o negativních aspektech matky, odmítání ze strany matky?

Koruna stromu na straně „Já“ je podobně dezintegrována jako na předešlém výkresu. Rybníček je sklopený do půdorysu. Na straně „Ty“ je více bleděmodré, více dobré vůle? Nejvíce pohybu na obrázku je v koni, táhnoucím sáně. Co je zde ještě důležitější, objevuje se profil, jak u koně, tak i u Sněhové královny.

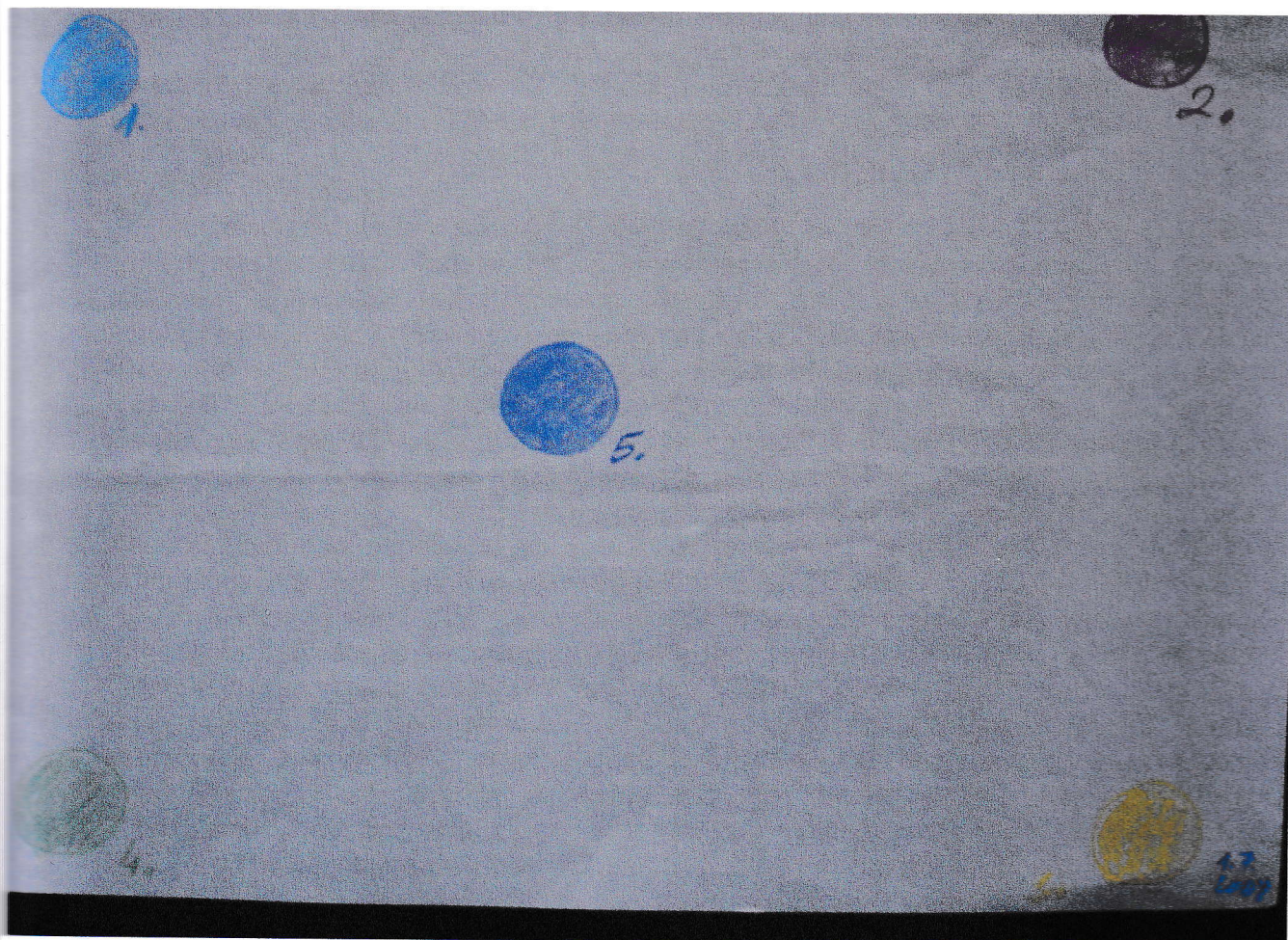
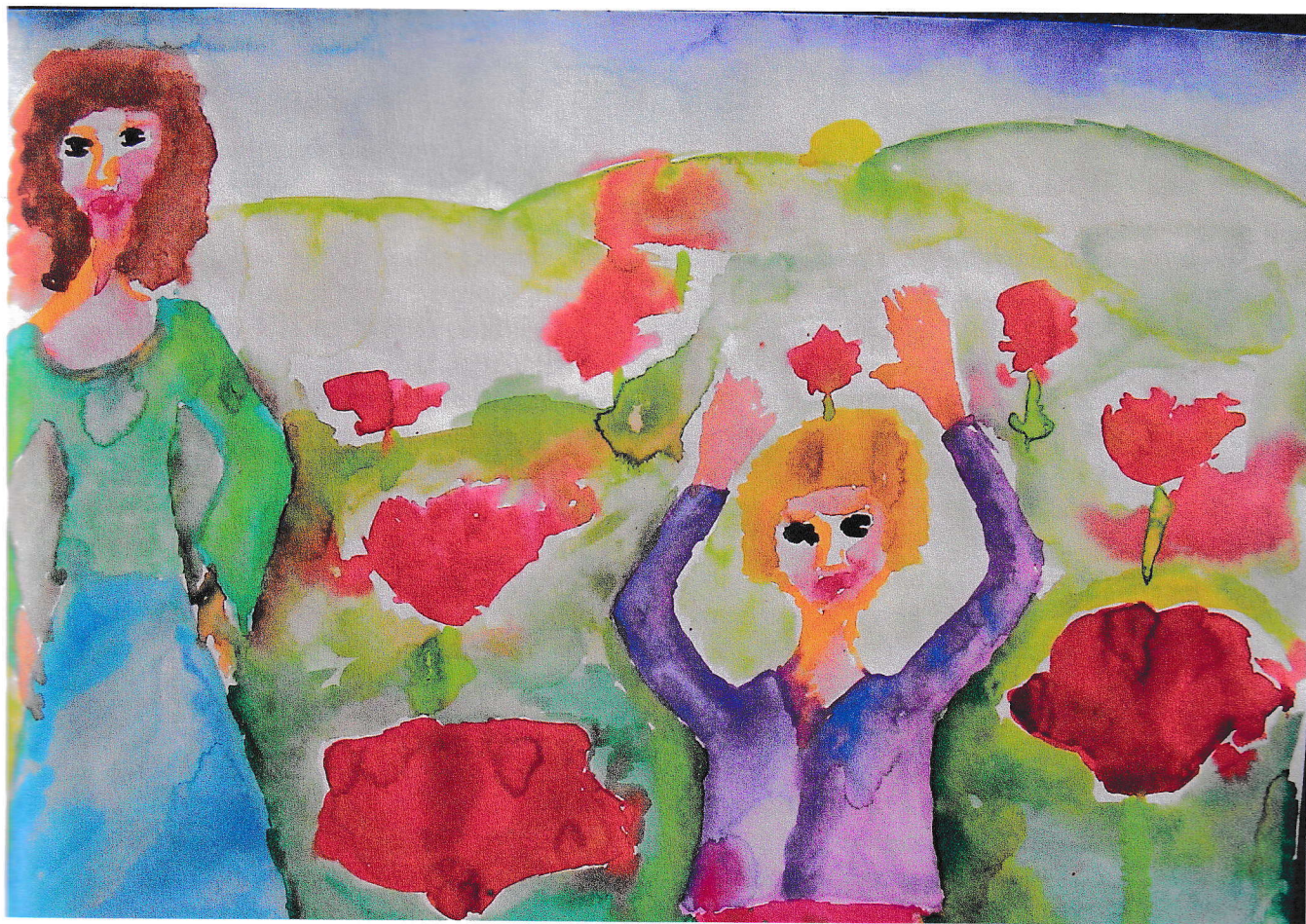
Královna (negativní aspekty matky), celkem netečně sedí v saních, kolem ní je odér ambivalentní fialové, která je v tomto případě více s příměsí modré, nabízí se paralela studená fialová = studená matka? Ruce (kontaktovanost), pokud má, jsou schované v šedomorém oděvu. Sáně se Sněhovou královnou jedou do minulosti (snaha o nějaký regres? Přála by si autorka, aby byla matka s ní?). Kay je z celé situace na obrázku, podle výrazu soudě, spokojenější než Gerda. Jediné „fukční“ oči má Gerda.

Komentář k výtvarnému posunu: Stále v obrázku zůstává plošnost, zde je snad výraznější, než v tom předešlém, zastavený čas, celková bezradnost s prostorem. Až na nepatrné drobné detaily se v Juliině výtvarné tvorbě neobjevuje černá barva (užití této barvy nastartovalo až téma černé kočky)! Izolované prvky, které se na obrázku nepřekrývají, by mohly vypovídat o izolovanosti od ostatních lidí (i v důsledku koktavosti)? Izolace jako obranný mechanismus? Výtvarným posunem, který se v tomto obrázku podařil, je horizont, který se objevil. V rámci oblohy také vznikl první pokus dát barvě a vodě volnost. A také již zmíněný profil.

KTC - interpretace

Pořadí KTC je stejné jako na předchozím obrázku, je tedy možné, že trvá potřeba ujistit se reakcemi ostatních? Stejně pořadí i téměř totožný odstín tmavě růžové (symptomatika?, nezralost?) na místě potenciální možnosti chování, v případě vyvedení z provozní roviny.

V místě řešeného problému se objevuje šedá, která může značit kombinaci negativistického postoje a kultivované dominance (která by se dala dohledat na obrázku v množství bílé).



12.4. IV. setkání

1.7.2004, obrázek na téma: Vlčí máky

Záznam z rozhovoru: Čtvrtým dnem je na pobytu v Soukromé klinice LOGO. Podle svých slov je odpočatá. Psycholožka kliniky nechala Julii udělat IQ test, v němž dosáhla maximálního počtu bodů. Doporučila jí, aby nezahazovala myšlenku dál studovat. Tuto událost mi Julie během našeho rozhovoru sdělila třikrát. Byla evidentně tímto oceněním nadšená. V klinice LOGO přednostka kliniky představila Julii jinou slečnu trpící koktavostí. Julie tím byla potěšena, až do té doby potkávala samé balbutiky – muže.

Náhodou (od nesouvisející historky), jsme došly k tématu pro Julii velmi důležitému; rozpovíдалa se o tom, že 5. července předešlého roku byla na umělém přerušení těhotenství (její matka o tom evidentně věděla, protože ošetřujícího lékaře, svého blízkého příbuzného, zajišťovala ona). O interrupci mluvila celkem samozřejmě (jako by o jiné možnosti ani neuvažovala?).

Domluvily jsme se, že na tři příští měsíce dostane Julie 3 obálky s několika tématy, ze kterých má možnost výběru (protože arte setkání nebudou realizovatelná).

Komentář k malování:

Po zkušenosti z obrázkem Sněhová královna, při kterém Julie ulpívala na detailech, byl tentokrát „zapomenut“ malý kulatý štětec.

Témata jsem se snažila volit, tak aby alespoň některá směřovala k teplým barvám (řepkové pole, vlčí máky), které se doposud v Juliině produkci, až na detaily neobjevily. Řepkového pole se okamžitě ulekla a odmítla ho. Naopak během celého malování byla překvapivě otevřenější než obvykle a nestála si tvrdě na svém. Z toho, že se barvy rozpíjí poměrně nešťastná byla, zapojení náhody ji vyvedlo z konceptu. Pomalu jsem si začínala zvykat na Juliin smutný výraz, když se opětovně před malováním ujistila, že bych byla opravdu ráda, kdyby na obrázku byly nějaké figury. Po dokončení malování byla s výsledkem často i spokojená, „doprovodný“ výraz před začátkem malování, který se týkal figur, ale zůstal. Před začátkem malování vlčích máků, jsem klientce řekla něco o objemech a plánech, vše doprovázeno ukázkami (obrázky jiných lidí).

VLČÍ MÁKY - interpretace

Na tomto obrázku také doznala velké změny barevnost, která díky velkému vlivu anilinových barev (jak vodové, tak anilinové barvy měla klientka k dispozici od prvního malování), získala tak trochu barevnost cikánských šátků, některé barvy (fialová) a jejich kombinace (fialová a červená) jsou vyloženě ostré. Kombinace barev červené a zelené (barevnost semaforu) je v obrázku výrazná. Mohla by nám signalizovat cestu od napětí k úzkosti? Klientka začala malbou dítěte na straně „Já“. Dítě je oděno do fialové, možná jako ambivalence?, mateřskost (její vlastní?, vztah k matce?)? V kombinaci s červenou bychom mohli uvažovat o zchlazené vitální akci (obrácení se k sobě, aby bylo možné prožitek zpracovat)? Dítě má ve zvláštním postavení ruce, jakoby se zajímalo o květ, který mu „roste“ z hlavy? Může také připomínat gesto vzdávání se. Květina „rostoucí“ z hlavy by mohla být jedna ze symbolických podob už výše zmíněným zmatku hemisfér, jako příčinně koktavosti.

O ženě na straně „Ty“ řekla klientka, že by to možná mohla být paní učitelka z první třídy, která ji uvedla do traumatizující situace tím, že po ní chtěla, aby mluvila před celou třídou, což je pro koktavé často velký problém. Julie si vzpomíná, že se v tu chvíli spolužáci smáli, učitelka s nimi „spolupracovala“ v tom, že poukazovala na Juliiny nedostatky. Obličej obou postav jsou „přehřáté“, emočně tečou. Obě postavy mají výrazná ústa (v následujících dvou obrázcích také), což by se mohlo vztahovat k orální problematice (i k verbální komunikaci). Podle červenání až na krk a gest ruky bychom postavě učitelky uvěřili zlost. (Snad i podle očí, které jsou čitelnější než oči dítěte). Kombinaci barev (zeleno-modrou),

kteřou má na sobě bychom mohli interpretovat jako neurotickou. Pokud bychom pracovali s interpretací, že dítě (na identifikační straně) je autorka sama a s asociací na školní prostředí, mohli bychom vzít do úvahy, že vstup do školního prostředí je sám o sobě, pro normálně mluvící dítě, zátěžový, natož pro dítě s vadou řeči. Je zajímavé, že rozdělení barev, na stranách „Ty“ a „Já“ je souhlasné, jak v postavách, tak i na obloze (učitelka, bledě modrá sukně – bleděmodré nebe, dítě fialový oděv – fialové nebe). Posledním prvkem, který klientka domalovala bylo slunce a to až na můj dotaz ohledně žluté.

Jiná interpretace na základě téměř ročního „výročí“ interrupce by se dala nahledat v prvku vlčích máků? (Je i na identifikačním místě). Postava rozezlené učitelky by v tomto případě mohla zastupovat matku, která o celé situaci věděla?

KTC - interpretace

Na KTC je viditelný, o poznání větší, přítlak na pastelky. V místě latentního problému i nadále (již potřetí) zůstává stejné pořadí a barva (tmavě růžová na pomezí s fialovou). Podruhé v rovině přání i v kombinaci s bledě modrou (zchlazená mateřská barevnost). Na straně protějšku je zelená se stejným pořadím, jako v posledních KTC, ale „zestárla“. V barevné kombinaci protějšku jsou souhlasné barvy jako na obrázku! Na místě podpisu se objevuje žlutá, jako sebeprezentační?

Následující dva obrázky **malovala klientka samostatně.**

Komentář: Na každý měsíc dostala obálku s tématy (z nichž odmítla mj. zážitek z dětství a Šípkovou Růženku). Julii jsem vybídla, že by k malovaným obrázkům mohla napsat, co ji napadne. Toho nevyužila, takže k dispozici mám jenom obrázky a KTC. Sama klientka uvedla, že se jí *obrázky nelíbí*. Hodnotí je jako bezradné, přesněji: *špatně se mi dělaly, nevěděla jsem jak dál, potřebovala jsem poradit. Malování jsem odkládala vždy až k posledním dnům v měsíci, nechtělo se mi do toho, protože mi to nejde*. K samostatnému malování obrázku v měsíci září se již nepřiměla.

12.5. Samostatná práce klientky

30.7.2004, obrázek na téma: Mořská panna

MORŠKÁ PANNA - interpretace

Při autentické výpovědi, kdy klientka maluje sama, dochází k regresu. Celý výjev připomíná homoerotické období, kdy si holčičky kreslí navzájem do památníků (mezi 8. – 11. rokem života?) Mořská panna na straně „Já“ má poněkud infantilně vyvedený obličej (bez nosu), i vykreslení rukou se, oproti minulému obrázku zhoršilo, z rukou zbyvají nedokončené pahýly (ruce = kontakt). Růžová podprsenka (i falický symbol vpravo) a rybí ocas nabízí barevnou kombinaci semaforu („stop“, dává mořská panna – autorka – někomu stop!? Červená → zelená také může symbolizovat posun od napětí k úzkosti?).

Důležitým prvkem na obrázku je truhla (na straně „Ty“). Truhla se právě otevírá, je v ní něco schované... Mořská panna se k tomuto „pokladu“ přibližuje. U fialové chobotnice a u hnědého kraba bychom mohli zvažovat paralelu barevnosti vztahující se k rodičům (fialová – mateřská, hnědá – otcovská)?

V obrázku stále chybí kontext časoprostoru. Náznak překrývání se objevuje u kapra a truhly. U rybího ocasu proběhla snaha o objem, u truhly o perspektivu. Při autentické výtvarné výpovědi klientky dochází k výrazné oslabené barevnosti, jak u Mořské panny, tak u Matky a dítěte.

KTC – interpretace

Od protějšku autorka očekává perspektivně tenzní chování? Sama ve své náhradní komunikační rovině volí neurotickou barevnou kombinaci, v provozní se objevuje kombinace dobré vůle a symptomu? Jako aktuální problém bychom mohli nahledat kombinaci negativistického postoje a kultivované dominance? Má autorka všeho plné zuby a tak na sebe raději nechce nic říct? Na protestanské úhlopříčce se objevuje jednorozměrnost (obehrané komunikační vzorce).



12.6. Samostatná práce klientky

29.8.2004, obrázek na téma: Matka a dítě

MATKA A DÍTĚ – interpretace

V tomto obrázku je ještě více patrný regres, než u předešlého. Kompozice tohoto obrázku je centrální. Postavy jsou nakresleny na spodní linku, což odpovídá výtvarnému projevu předškolního dítěte, popř. mladšího školního věku. Prostor v němž se matka s dítětem nachází je vymezen jakoby mantinely (snaha autorky o naznačení perspektivy), vyjetými kolejemi?, uzavření ve skleníku? Zapouzdření v symptomu? Z hlediska tvaru a barevnosti bychom si mohli přestavit, že matka s dcerou jsou uvnitř skleničky, která je dnem vzhůru. Izolace za skleněnou stěnou? Kolik by pod takovým poklopem bylo vzduchu, jak dobře by se tam dýchalo?

Matka (na straně „Ty“) má barevnost panenky Barbie. Blondýna oděna do valérů růžové (symptomatická barevnost). Matka neodpovídá na žádost kontaktu ze strany dítěte, ruce má zkřížené – zámek, dítě na její ruku nedosáhne (Absenční matka? Symptomatická matka jako další vliv na predispozici či již probíhající koktavost?). Polovinu hlavy, která je směrem k dítěti má matka žlutou (racionální) a bez oka (podvědomý blok: nechci nic vidět? Asociace na matku, která nechce nic vidět, klientka uvedla v rozhovoru z 1. setkání: *O závislosti máma věděla, ale dělala jako že ne, nechtěla si přiznat, že zrovna já bych mohla brát drogy.* Měla autorka ze své matky tyto pocity častěji?).

Dítě na straně „Já“ je možná starší, ale disproportionální? (je dostatečně široké, ale málo vysoké). Je nejvýrazněji barevným prvkem v obrázku. Má dvoubarevnou hlavu, bílo-červenou (hemisféry pracující proti sobě, příčina koktavosti?). Dítě se rozpíjí „samo v sobě“. Vnímá dítě na obrázku matku, v její barevnosti a postoji, jako zbožštělou bytost? Kolem dítěte je bílá kontura (vytěsnění?).

Po obou stranách jsou stromy, v podstatě spíš pahýly (falické symboly – symbolizace mužů?), původně autorkou zamýšlené pravděpodobně hnědé barevnosti, působí však spíše jako růžové. Kmeny stromů jsou izolované od dění uvnitř vymezených kolejí, zbaveny možnosti kontaktu (žádné související větve) a svou barevností symptomatické.

Co se týče výtvarného projevu, mohli bychom ho vztahovat k věku osmi let (vznik koktavosti)? Tento věk je také půdou pro vznik emoční nezralosti a deprivace.

KTC – interpretace

Dominuje růžovo - fialová barva. Což bychom nazvali jednorozměrností. A mohli bychom se dohadovat o autorčině prožívání symptomu? Na straně „Ty“ bychom se mohli dohadovat o spíše chladné matce – středně modrá a tmavě fialová. Žlutá na pozici latentního problému by mohla signalizovat otázku sebe prezentace? Je zajímavé, že strana „Já“ v KTC odpovídá barevnosti postavy matky v obrázku. V kombinaci se symptomy v místě aktuálního problému a identifikačním místě? Aktuálním problémem je symptom, se kterým se autorka identifikuje.

Záznam (úryvek) z lékařské zprávy

Julie N.

21. 10. 2004

dg: psychogenní balbuties

Logopedické vyšetření: dechová cvičení, prodlužovaná fonace jednotlivých vokálů se zapojením měkkého hlasového začátku. Asociační cvičení – vytváření příběhu na určité téma. tempo řeči, iterace. **Narušení řeči se přenáší do nonverbálního chování.** Dýchání je povrchní, mělké.

Cílené foniatrické vyšetření:

Subj. se daří dobře.

Psychologické vyšetření – kontrolní:

Po posledním pobytu zde se cítila velmi dobře fyzicky i psychicky, byla zlepšená i řeč. **Nyní opět zhoršení.** Snad poněkud i **psychické.** Od poslední návštěvy **má přítele.** Uvádí ovšem, že je ráda, že někoho má, kdo se o ni stará, je ochoten jí pomoci, vyslechnout. Nemá ovšem vnitřní pocit, že je to ten pravý a **subjektivně to prožívá jakoby partnera podváděla.** **Chystá se k přijímacím zkouškám na střední školu – spec. pedagogika ve vězeňské službě.** **V řeči dnes výraznější potíže.** Sama uvádí, že vlastně zapomněla, jak správně dýchat. Stále pokračuje v návštěvě psychoterapeutických sezení v DROP-INu, chodí i na kolektivní sezení. Kontrolně provedený W.-M. na rozdíl od posledního vyš. se **patognomika objevuje pouze ve třech kategoriích – schizoidní tendence, depresivní t. a impulzivní a záchvatovitě t.**

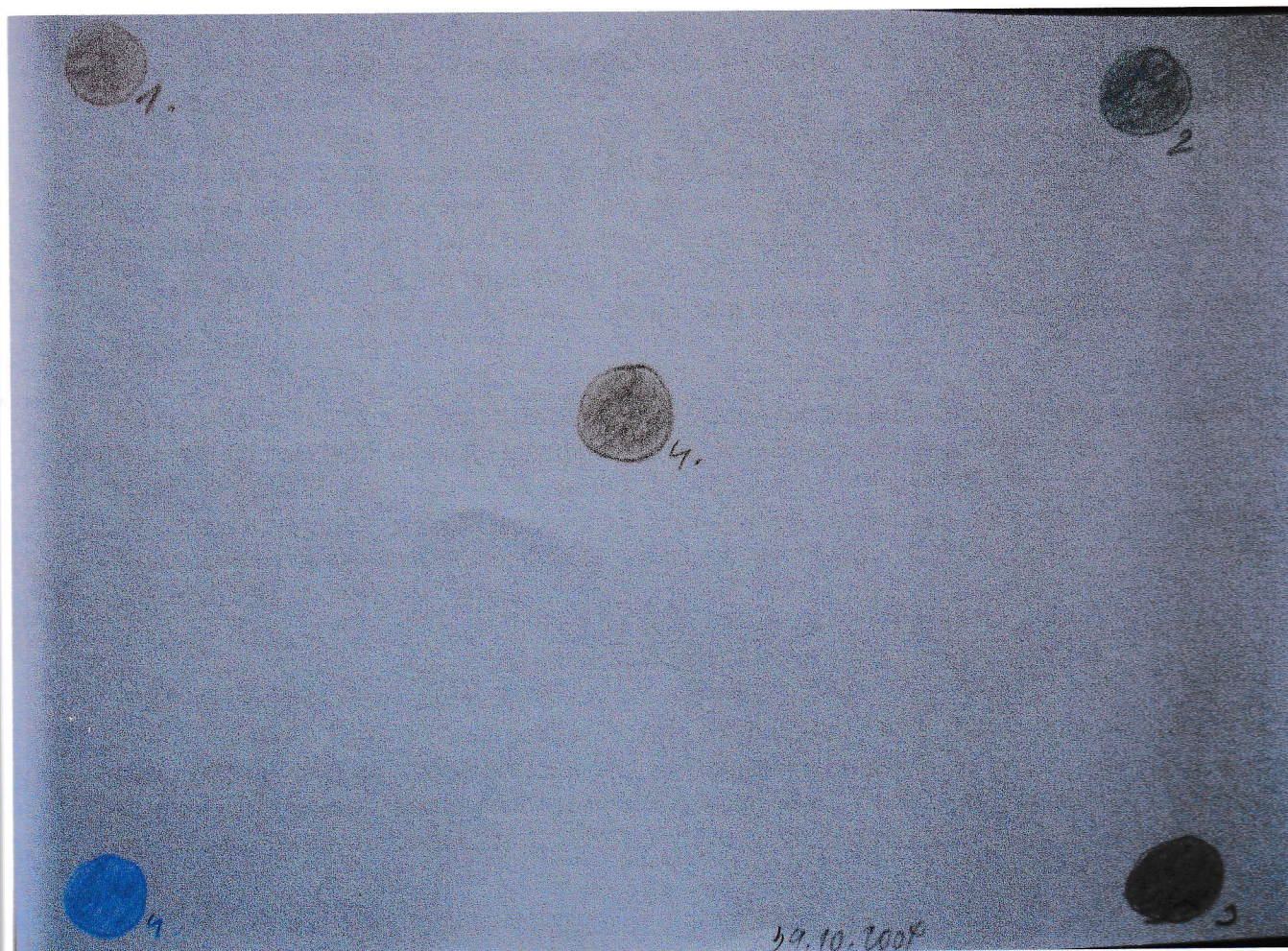
Cílené vyšetření psychiatrem:

Nyní **udává zhoršení nálady, stavy úzkosti.** Na dopor. ambul. psychiatra v DROP-IN snížen Remeron na 30 mg/d., předtím cca měsíc 45mg/d. /při této dávce se necítila dobře/. Má asi 3 měsíce přítele, pracuje u benz. pumpy. **V práci jsou s ní nadřizení spokojení, přidali jí na platu.**

Obj.: **skleslá, bez zn. hl. deprese, mírná intrapsych. tenze,** babuties – stupňující se při líčení situace s kolegy v zaměstnání, **nespokojenost v partner. vztahu,** inverze spánková vlivem zaměstnání.

Terapie upravena – zvýšen Remeron.

Závěr: **smíšená anxiousně depres. porucha,** anm. abusus psychoakt. látek, **akt. abstinence.**



12.7. V. setkání

22.10.2004. Setkání na konferenci, pořádanou občanským sdružením LOGO u příležitosti Mezinárodního dne porozumění koktavosti. Klientka ten den ukončila pobyt v Soukromé klinice LOGO, následně navštívila konferenci. Byla nadšená z příspěvku profesora zabývajícího se patologií řeči Davida A. Shapira, Ph.D., z Western Carolina University. Profesor Shapiro je sám balbutikem, což vždycky balbutiky, kteří se takovým člověkem setkají, posílí v naději, že i jejich vlastní koktavost je zvládnutelná. (Jedním ze zajímavých bodů, v nichž prof. Shapiro shrnuje svou metodu léčby, je „přivítání osobních příběhů“.) Dále se Julie potkala s několika dalšími balbutiky, tentokrát v řadách publika. Také se cítila povzbuzena příspěvkem balbutika svého věku M.Š. Pro osobní rozhovor nebyl prostor, domluvily jsme se tedy na 29.10. 2004.

12.8. VI. setkání

29.10.2004, obrázek na téma: Pouštění draků

Záznam z rozhovoru: Po příjezdu z pobytu v Soukromé klinice LOGO na ní začala doléhat deprese. I dnešního dne popsala svůj stav jako depresivní (z tohoto pohledu zajímavá KTC).

Dále pokračuje v psychoterapii v CNP, jak v individuální, tak skupinové. Z původního počtu lidí, který do skupiny nastupoval, zůstali jen dva členi (klientka a nějaký kluk). Julie mi vyprávěla: ze skupiny jeden kluk *odešel kvůli mě* (mezi ním a Julií došlo k sexuálnímu kontaktu)...*protože jinak by mě vyhodili, už jsem jednou něco takového udělala a jsem v podmínce*. Dotyčný je jejím současným přítelem. Pracuje na benzínové pumpě. O vztahu se ale vyjadřuje velmi nejistě: *Nevím, jak dlouho spolu ještě budeme, možná tak do Vánoc*. Prý to není *ten pravý*, kterého by chtěla.

Pobyt v klinice LOGO jí udělal dobře. Efekt po pobytu, méně koktá, však hodnotí jako krátkodobý. Projevila zájem být v péči nějakého klinického logopeda v Praze.

Komentář k malování: Klientka si vybrala téma Pouštění draků. Juliin smutný výraz před začátkem malování z představy figur úvod do malování neminul. Nabádala jsem ji k objemům, míchání barev a odvaze k experimentování. K mému velkému překvapení klientka poměrně zdatně lomila barvy. Má intervence u tohoto obrázku byla poměrně velká, ale nezasahovala jsem do obrázku štětcem, pouze ukázkami na vedlejší papír předváděla, jak lze pracovat se štětcem a barevnou skvrnou, snažila jsem se vyvarovat ovlivnění klientky ve výběru barev, prvků a jejich umístění do prostoru.

Klientka v závěrečné reflexi projevila spokojenost s mou intervencí během malování i s výsledným obrázkem.

Komentář ke kolážím: Klientce byla už před časem vysvětlena technika koláže i s ukázkami. Dnes dostala základní témata. Dohoda zněla, že do měsíce začne pracovat na první. O rodinné koláži prohlásila, že *jí tedy dělat nebude*. Když jsem se ptala po důvodu, řekla: *zatímco u jiných mám inspiraci, u téhle ne*. Po rozhovoru o kolážích zmírnila na tvrzení *možná někdy*. Koláž během mého arteterapeutického působení nevytvořila žádnou, přes mé opakované pokusy k nim klientku motivovat.

POUŠTĚNÍ DRAKŮ – interpretace

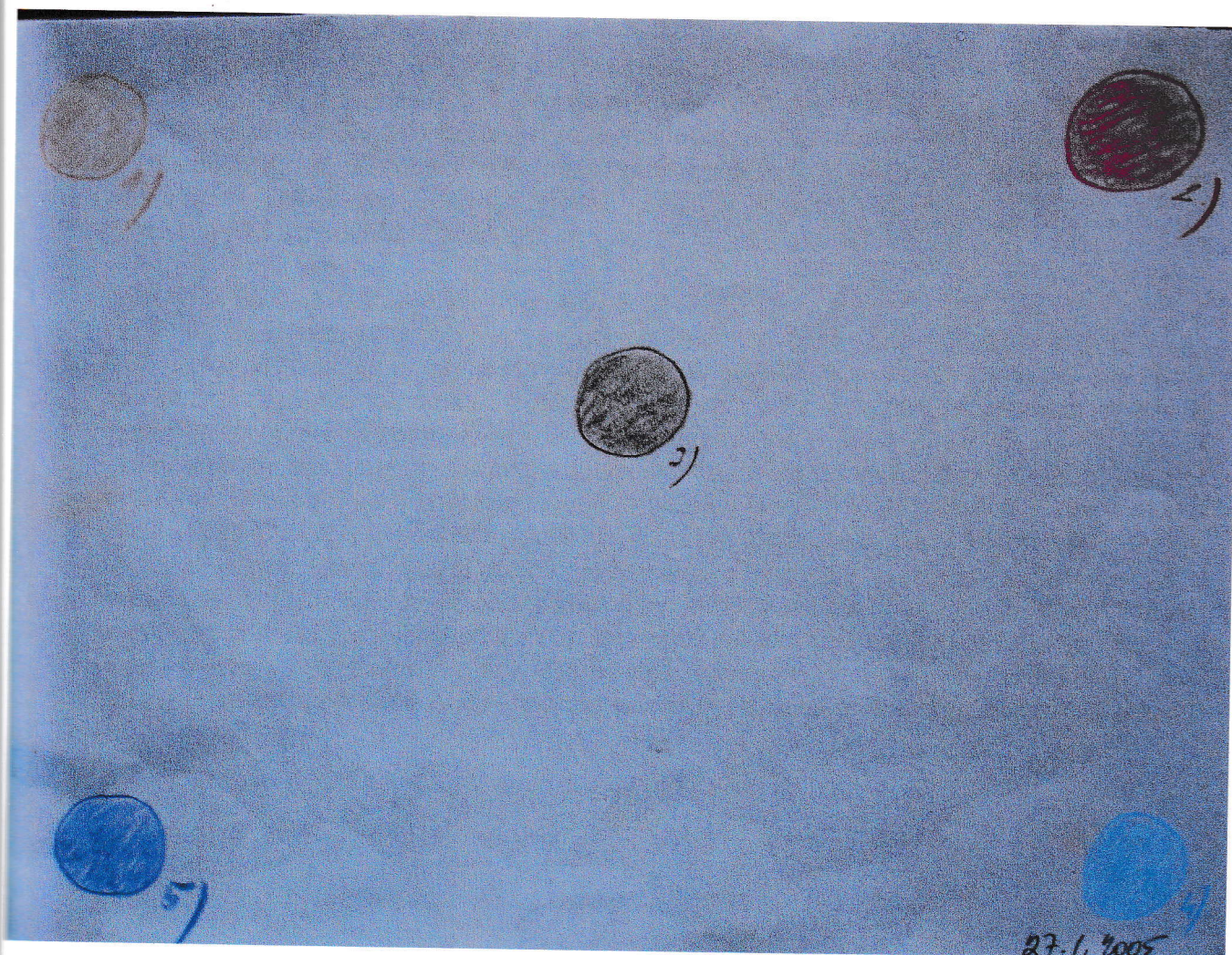
Obrázek je, co se barevností týče, nejvyváženější ze všech. Stále je přítomna dost bílá (vytěsnění?), stále je v obrázku „lavor“, ale už není uprostřed. Z centrální kompozice se autorka úhlopříčkami posunula k dynamičtější kompozici. Dochází zde poprvé k překrývání, snaha o budování prostoru (Uždil, 2002). Poprvé se objevuje větší prostor pro horizont, než

v předešlé produkci klientky. Klientka se pokusila o vytvoření plánů (často se na jejích obrázcích, v předním plánu, vyskytuje postava do půl pasu). Důležitý je zde také profil (výtvarný posun), který se doposud objevil pouze v obrázku Sněhová královna. Identifikační postava vypouští tmavě zeleného (perspektivně tenzního?, tmavě zelená jako pichlavost ve vztahu?) draka (symbol ženské sexuality?) k mužské postavě na straně „Ty“. (Co se barevnosti týče, tmavě zelený drak má šňůru s červenými mašlemi, mohlo by to znamenat pobídku „všimni si“?) Vzhledem k tomu, že autorka aktuálně řeší svůj partnerský vztah, mohlo by se jednat o ní a o jejího současného přítele? Mužská postava se však zajímá více o modro-bílého draka v levém horním rohu. Muž, možná spíše chlapec, má velké ruce (připomínají račí klepeta), kterými se chce modro-bílému drakovi, co nejvíce přiblížit? (Na draka na tak tenké šňůrce se musí s takovými „tlapami“ opatrně...) Identifikační postavě nevidíme do obličeje, o jejím výrazu se snad můžeme dohadovat z gest rukou. Chce postava v červeném zastavit chlapce s drakem? Zavolat na něj? Upozornit na sebe? U identifikační postavy je sporné zda je to muž či žena (Problematika sebeidentifikace?) Možná by se dala zvažovat ženská figura, podle pozadí, k tomu autorka uvádí: *líbí se mi ten zadek* (u identifikační postavy), *obzvlášť se povedl*. Barevností by byl ale blíže muži, nebo přejímání mužské role? Ruce má tato postava růžově orámované, ale bílé (nejsou funkční pro haptický kontakt). Pozoruhodná je také dvojbarevnost trupu této postavy. Horní část orámovaná, růžová až průhledná.

Ohledně ženského pozadí a oranžové v okolí identifikační postavy bychom mohli uvažovat nad interpretací orální problematiky (jídlo, klientka začíná viditelně přibírat na váze, podle svých slov v důsledku aktivní abstinence a vedlejších účinků antidepresiv)? Za zmínku jistě stojí „kouř“ z hlavy u identifikační postavy (opět se můžeme domnívat, že by to mohlo souviset s dyskoordinací hemisfér). Prvky nutkavosti bychom mohli nahledat v oranžových tečkách v dolních rozích obrázku a mašlích na šňůrách od draků?

KTC – interpretace

V těchto KTC bychom našli mateřskou (naředenou) i otcovskou barevnost. Otázka spíše je jestli jako aktuální problém neřeší klientka jako mužskou autoritu u svého partnera nebo jestli tuto roli nepřejímá ona? Strana „Já“ by mohla signalizovat citovou deprivaci? Provozní rovina taktéž + úzkost? O cestě od napětí k úzkostí by mohla vypovídat barevnost snové roviny? Zajímavá je zde protestanská úhlopříčka, která obsahuje jak barevnost otcovskou, tak neurotickou. Černá na identifikačním místě by mohla být signálem destrukce?, negace?, viny? (v souvislosti se setrváváním ve vztahu, který klientka necítí jako perspektivní?)



12.9. VII. setkání

27.1. 2005, obrázek na téma: Velkostatkář a smrt

Záznam z rozhovoru: Větší změny, které se týkaly partnerského vztahu, nastaly Julii v prosinci. Přítel začal fetovat (heroin), dělo se tak po celý prosinec, což Julie nevěděla. Po návratu z Vánoc, byla u rodičů, to zjistila, vyhodila přítele z bytu. Opětovně ho přijala, za účelem pomoci mu do léčby. Řekl Julii několik ostrých věcí, které mu nemůže zapomenout: *Holku s takovou řečovou vadou a s takovou prdelí... takových můžu mít na každém prstu deset.* To Julii hodně zasáhlo. Přítele doprovodila na detox v Apolinářské. V současné době je umístěn v PL. Přítel s Julií koresponduje, ona však nevidí vztah s ním jako perspektivní, cílem korespondence je vztah pozvolna ukončit (přítel se vztahem pravděpodobně počítá).

Na otázku jak doma proběhly Vánoce, řekla Julie, že v *pohodě*.

V zaměstnání se hlavní manažerka (od nejmenované kolegyně) dozvěděla o šikaně ze strany kolegů vůči Julii (kvůli její koktavosti – posměšky, vyřazují ji z komunikace, pomlouvání). S Julií o tom mluvila, dotyčným kolegům bylo uděleno napomenutí, pokud se bude situace opakovat, má se Julie ozvat, kolegům by hrozilo propuštění. Mění se délka směn, nadřizený, který nové seznamy sestavoval, dal Julii do skupiny se všemi aktéry šikany. Když se ho zeptala, zda by to nešlo změnit, *vysmál se jí*. Klientka říká, že *uvidí, jak to půjde, ale z práce že se vyštípat nenechá*.

Podává si přihlášku na SŠ, obchodní akademie, obor speciální pedagogika pro vězeňskou službu. Cílem pětiletého dálkového studia je maturita.

Julie kontaktovala logopedku v Praze. Dochází k ní, terapie je však poměrně málo intenzivní (1x/měsíčně).

Mluvily jsme o váhovém přírůstku klientky (také o tom mluvila s psychiatrickou z kliniky LOGO). Julie ho vnímá, uvádí, že je v důsledku aktivní abstinence, vedlejšího účinku Remeronu. Julie říká, že se nepřejídá, snaží se hubnout, po novém roce zhubla 3 kg.

Komentář k malování: Julie měla před malováním ještě nešťastnější výraz než bývá obvyklé. Navíc byla zjevně unavená, celý den absolvovala procedury v LOGO klinice. Říkala, že do figurativního obrázku se jí nechce (opakovaně odmítla Šípkovou Růženku, zážitek z dětství, ze Zimních sportů původně chtěla kreslit krasobruslařku). Nabídla jsem jí techniku akčního akvarelu, tzv. smejvák. Klientka zjevně „ožila“ a k mému údivu velmi rychle zapojila představivost a uviděla dvě postavy.

VELKOSTATKÁŘ A SMRT – interpretace

Figury jsou zajímavé svou souhlasnou barevností, obě fialové s červenými hlavami. Na otázku co by si tak mohly postavy mezi sebou povídat, odpověděla (podle mé predikce): *nevím*. Pak najednou sama od sebe povídá: *nabubřelý, dost arogantní velkostatkář, už tím, že nemá bradu, pro kterého si přišla smrt*. Velkostatkář (má dvě brady, tudíž je asi při těle) na straně „Já“ by snad mohl mít s autorkou společné problémy s váhou, které klientka aktuálně řeší? Pocity nabubřelosti a arogance vůči bývalému příteli? Vůči kolegům ze zaměstnání? Velkostatkářův výraz je odhodlaný, má semknuté rty. Zajímavá je také velkostatkářova hlava, ze které se opět „kouří“ (další projev dyskoordinace hemisfér?) Červená, horká hlava, až se z ní kouří? U obou figur hrají roli v podstatě jen hlavy. Smrt má klidný výraz (ústa) a prázdné oči. Smrt si přišla pro velkostatkáře (Co by v sobě autorka chtěla zabít, co by ráda poslala na smrt? otázka viny a trestu? Co udělal velkostatkář/autorka, že si pro něj/ní přišla smrt? /viny v rovině nevědomé/). U souhlasných barev postav bychom mohli hovořit o jednorozměrnosti?

KTC – interpretace

Tyto KTC jsou v kontextu předešlých a budoucích výjimečné změnou číslování! Dále jsou KTC pozoruhodná kopírováním barevnosti na straně „Ty“ a „Já“, přesně tak jak je to v obrázku (vč. poskládané barevnosti červená, fialová). Jen se liší odstíny, vždy na střídačku, cihlově červená a tmavě modrá na straně „Ty“ a tmavě červená a světle modrá na straně „Já“. Stejnou barevnost na těchto pozicích bychom mohli interpretovat jako jednorozměrnost v kontaktu? Obehrané komunikační vzorce, „jak já na Tebe, tak Ty na mě“?

V rovině náhradní komunikace jdeme od cihlově červené k tmavě červené (od vitality k agresi?), v rovině provozní pak od světle modré k tmavě modré, podle směru číslování (tedy od dobré vůle k úzkosti?) Na pozici identifikační světle modrá (dobrá vůle?) Autorka při tomto setkání skutečně projevovala hodně dobré vůle, větší míru spolupráce než bývá obvyklé (při zapojení představivosti, asociace nad obrázkem).

Jako aktuální problém se jeví otázka mužské autority? (v minulých KTC na stejné pozici, ale světlejší hnědá) Týká se prodělané anabáze s bývalým přítelem? Nebo na sebe autorka přejímá mužskou roli?

Záznam (úryvek) z lékařské zprávy

Julie N.

28. 1. 2005

Logopedická diagnostika a terapie:

Dechová, fonační, asociační, artikulační cvičení. Masáže orofaciální krajiny vibračními přístroji a infračerveným světlem. **Nácvik relaxace v leže, sedě, mžiková. Situační trénink.** Zvládnutí dechové ekonomiky, fixační a stabilizační cvičení na Speech Vieweru III. **Podrobná konzultace – životospráva, životní styl, stravování, pitný režim, osobní péče, hubnutí – poučena.** Reprodukce měkkého řečového projevu, čtení sloučením, automatizované řady. **Chodí na logopedii v Praze.**

Foniatrická a ORL diagnostika a terapie:

Cave hluk, ototoxické léky inf. HCD léčit v součinnosti s ORL nebo foniatrickou ambulancí.

Předepsané léky: 00725 Pleumolysin, por gtt sol 1x10ml

Psychologická diagnostika a terapie:

Psychoterapie. **BDI II** – číselně je bez příznaků depresivních. Způsob vyplnění je ovšem poněkud alarmující. Pacientka vyplňuje velmi často pouze nulové hodnoty, což se může vyskytovat u pacientů s těžkou depresí. I nadále dochází do DROP-INu, nyní postoupí do další skupiny tzv. růstové. Bude si dávat přihlášku na střední pedagogickou školu. Zaměstnání má zatím jisté. Psychiatra navštěvuje pravidelně, má medikaci.

Cílené vyšetření psychiatrem:

Res.: Smíšená anxiózně depresivní porucha u Poruchy plynulosti řeči

Dop: pravid. Psychiatrické kontroly, zde při pobytu v Logo – dle potřeby.

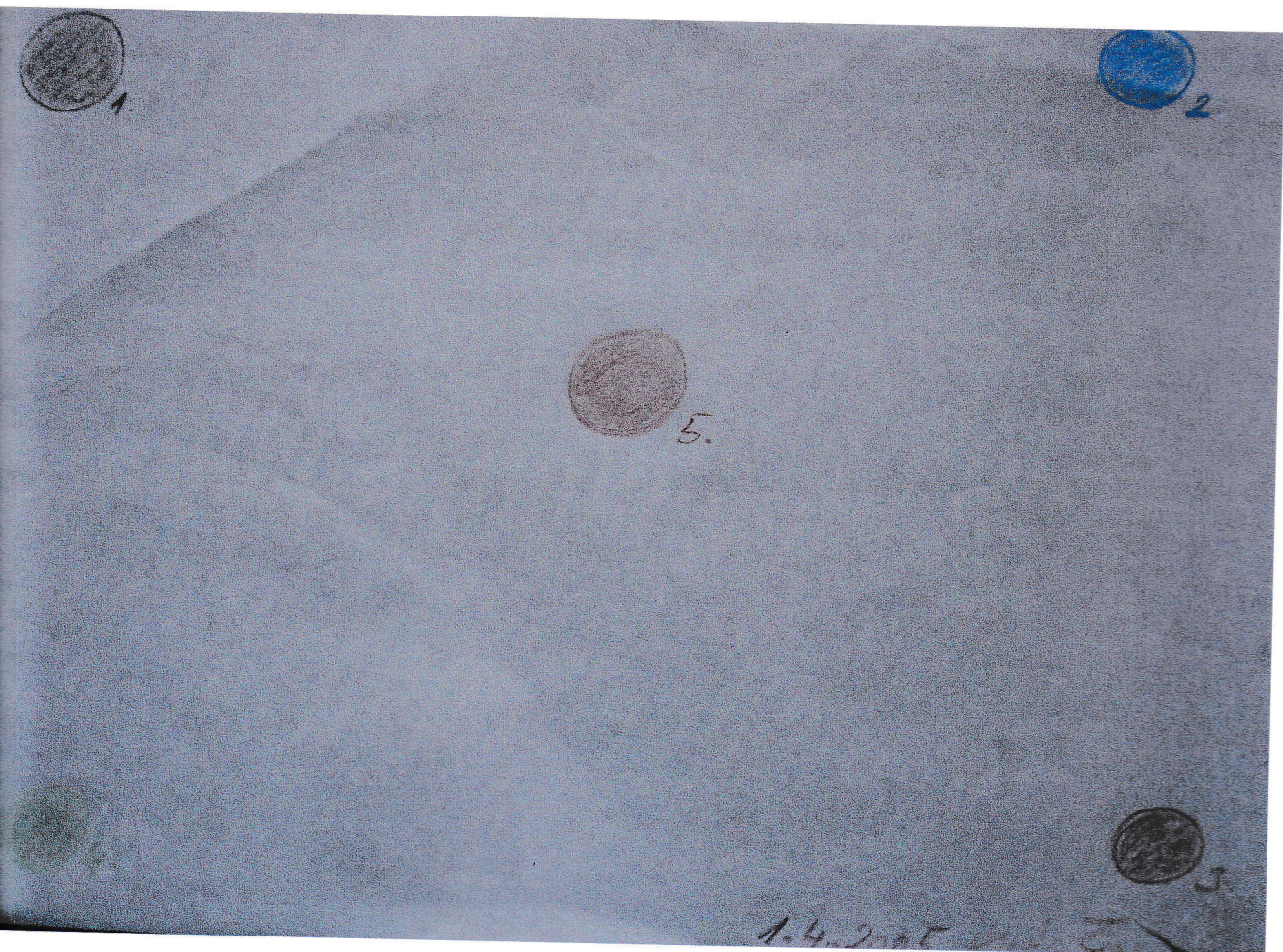
Neurologická diagnostika a terapie:

EEG lehce abnormní bez průkazné epileptiformní, paroxysmální a ložiskové abnormality. Pro věk nepřim. HV reakce. Dnes při nácviku řeči ve stoje prodýchávala, náhlé točení hlavy, nevolnost, rychle si lehla, stav ustoupil, vědomí neztratila.

Obj.: TK 130/90, P 88, není meningální, lucidní morient., stoj, spr. bez ložisk. sympt.

Závěr: Prekolapsový stav vznikl. 27.1.2005, provokace HV, koreluje s HV reakcí v EEG.

Dop: vyvarovat se hyperventilace, delšího stání, prudké změny polohy. Dostatek tekutin. Vzhledem k potížím vyš. moč + sed. negativní.



12.10. VIII. setkání

1.4.2005, obrázek na téma: Motýl

Záznam z rozhovoru: Hlavní problém, který teď Julie řeší je pracovní prostředí. Podle jejích slov ji kolegyně stále šikanují, i po intervenci manažera. Ještě s další kolegyní jsou *šikanovaná dvojice*. Dotyčná kolegyně si už hledá jinou práci. Julie také uvažuje o změně zaměstnání. Dochází na kurz základů na PC. Uvažovala, že by odešla z Prahy. *Tak jak jsem to vždycky chtěla, teď už ne, lidi jsou všude stejní.* Po velikonočním pobytu u matky se jí nechtělo odjet do Prahy. Na nic se netěšila, práce jí netěší. O matce ještě řekla: *Když jsem byla doma, svařily jsme si mamkou dva litry vína a povídaly do půl páté do rána.* Při líčení této události celá zářila.

Cítí se osamělá. Měla v Praze kamarádku, která ji odjela do USA, kamarádky, které má pracují přes den, Julie v noci, takže se mijejí.

Bývalý přítel (Julie vztah ukončila) jí začal vyhrožovat. Popřel, že by mu došel Juliin dopis. Matka bývalého přítele jí také občas kontaktuje.

Nepojede na pobyt do kliniky LOGO, šetří na pobyt s CNP (už je ve 3. fázi). Kontakt s logopedkou v Praze, dochází 1x týdně.

Komentář k malování: Klientka si vybrala techniku akčního akvarelu, tzv. smejsák. Příliš se jí nechtělo do ničeho. Ještě když dělala první fázi skvrny, dokreslování začala, nechtělo se jí kreslit, tak svou představu nedokončila.

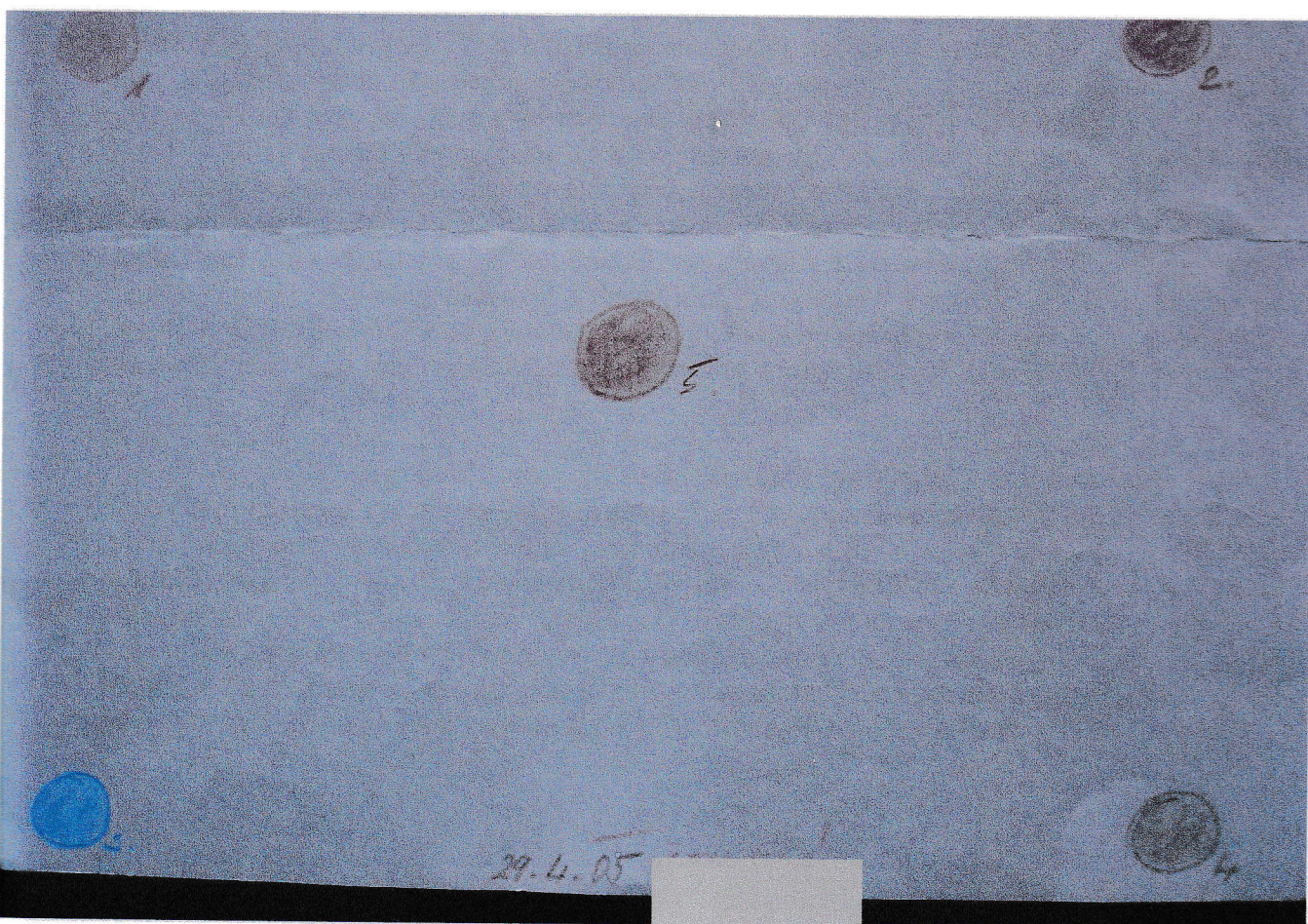
MOTÝL – interpretace

Když měla klientka hotové skvrny na čtvrtce a přemýšlela, co by se tam dalo dohledat, jako prvního objevila motýla. Poté fialové prase na identifikačním místě a nakonec i větší, růžové prase na straně „Ty“. Už neměla chuť růžové prase dokončit kresebně.

Motýl by mohl být symbolem přelétavosti? Neukotvenosti ve vztahu? Motýl jako jediný muž na obrázku (motýl opyluje)? Mohla by dvě prasata symbolizovat dvě ženy? Fialové prase hledí na motýla udiveně, možná fascinovaně. Kolem téhož prasete je bílá kontura. (Mohla by nám napovídat něco o vytěsnění?) Fialová je mj. barvou ambivalence, záhadnosti, pečování. Chtělo by fialové prase motýla pro sebe, pečovat o něj? Nestálo autorce větší růžové (barva signalizující symptomatiku) prase za dokončení? Kdo by autorce nestál za námahu, aby se mu věnovala? Motýl je středem zájmu, i aktuálního problému. Svými roztaženými křídly dominuje obrázku. (Křídla jsou převážně bílá. Mohlo by to znamenat kultivovanou dominanci?)

KTC – interpretace

Pořadí se po minulém výkyvu vrací „do starých kolejí“ (střed s pořadím 5.). Nejdříve osloví autorka všechny kolem, aby získala větší jistotu? Barva na straně „Já“ fialová, modrá a červená, poskládaná v podstatě odpovídá barvě identifikačního místa v obrázku. Řešený problém je mírně posunut ke straně „Já“. Barva protějšku (černo – zelená) by mohla hovořit o citové deprivaci (stejně jako náhradní komunikace)? Aktuální rovina komunikace (sv.zelená, fialová) by mohla odkazovat k ambivalentnímu chování autorky?



12.11. IX. setkání

29.4.2005, obrázek na téma: Černá kočka

Záznam z rozhovoru: Klientka si pochvaluje logopedickou péči v Praze. Poslední dobou se jí mluví hůře, měla stres z přijímacích zkoušek. Zkoušky složila úspěšně, byla přijata na střední pedagogickou školu, obor speciální pedagogika pro vězeňskou službu.

Julie dává sterilizovat svou kočku (žije s kočkou v bytě). Kočka je ve „svém období“ takže je očividně nesvá. Julie jí hladí a říká: *Neboj, pak Ti bude líp* (čím myslí dobu po sterilizaci).

Shodou okolností se Julie rozpovídá o kamarádce, která má miminko. Řekla doslova: *Uvažovala jsem, že bych do toho taky šla.*

Komentář k rozhovoru: Klientka evidentně zaujímá k mateřství jiný postoj než při rozhovoru 1.7. 2004, (kdy se klientka zmínila o svém ročním „výročí“ interrupce, působila docela jinak), ozývají se mateřské pudy. Velmi zajímavá je „náhoda“ hovoru o miminku a sterilizaci kočky.

Komentář k malování: jako téma si klientka vybrala pálení čarodějnic, ze kterého nakonec vznikla černá kočka. Klientka uvedla, že malovala svou kočku. Technikou dnešního artefaktu byla rezerváž. Obrázek je výtvarně velmi zdařilý.

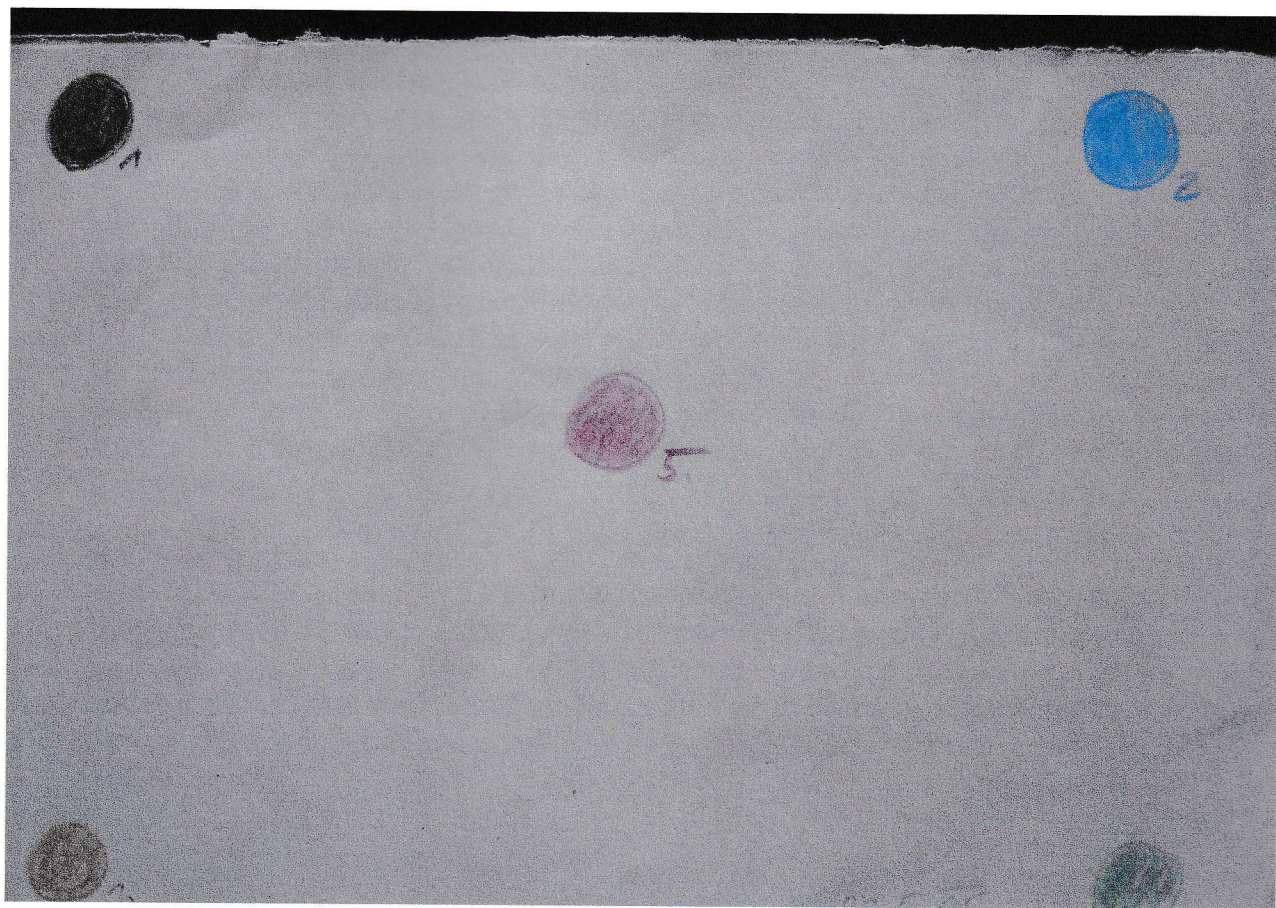
ČERNÁ KOČKA - interpretace

Kladem kompozice je úhlopříčka, na které je kočka umístěna (úhlopříčka katolická, mateřská, směřuje k návratu do minulosti – k matce). Do opačné úhlopříčky je vychýlena větev stromu. Celému obrázku přidává na dynamice technika rezerváže, tahy štětcem jsou odvážnější než obvykle, má to švih. Černá kočka na stromě zaujímá zajímavou polohu (a naježení srsti). Nestojí ani nesedí, spíše se nastavuje? Vypadá, že je záměrně v této strnulé poloze, v očekávání? V symbolice kočky jako ženy a červené barvy u pozadí kočky bychom mohli uvažovat o nějakém období nebo stavu, ve kterém se ženy nacházejí? Období menstruace? První pohlavní styk? Nebo sterilizace, příp. interrupce či porod (viz. rozhovor a komentář k rozhovoru výše)? V případě nastavení se a nechání se sterilizovat by docházelo ke konfliktu, ke konfliktu ženské role, identity ženy. Autorky bychom se mohli zeptat: Jak se cítí jako žena? Jak se vypořádává se svou sexualitou?

Větve stromů v horní části obrázku připomínají ruce, rozevřené dlaně s prsty. Pokud bychom přistoupili na tuto interpretaci, ptali bychom se autorky: čí ruce by to mohly být? Puntíky ve větvích by mohly signalizovat nutkavost? Černá v kombinaci se světle zelenou by mohla odkazovat k hysterii? Kombinace barev, která na obrázku převažuje (zelená, černá, hnědá, modrá) by mohly ukazovat k deprivační barevnosti? Za pozornost stojí kombinace barev na identifikačním místě (černo – červená), která by nás mohla odkazovat k pubertě jako takové? Nebo nějakému nedokončenému konfliktu v tomto období? K anarchii? K agresi?

KTC – interpretace

Vyměnilo se pořadí v provozní rovině, na místě protějšku a místě podpisu. V místě řešeného problému zůstalo stejné pořadí i barva, jen změnily odstíny, červená se ještě více přepálila směrem k hnědé a černá z obrázku se změnila v šedou na KTC. Identifikace s aktuálním problémem téměř odpovídá barevnosti identifikačního místa v obrázku. V místě latentního problému, na straně „Já“ k sobě přibírají symptomatickou růžovou. Provozní rovina také téměř odpovídá barevnosti na obrázku, souhlasně modrá – protějšek, na místě podpisu černá šedne (šedá eminence?). Rovina náhradní komunikace se skládá ze dvou růžových (na straně protějšku světlejší odstín). Mohlo by se jednat o prožívání symptomu?



12.12. X. setkání

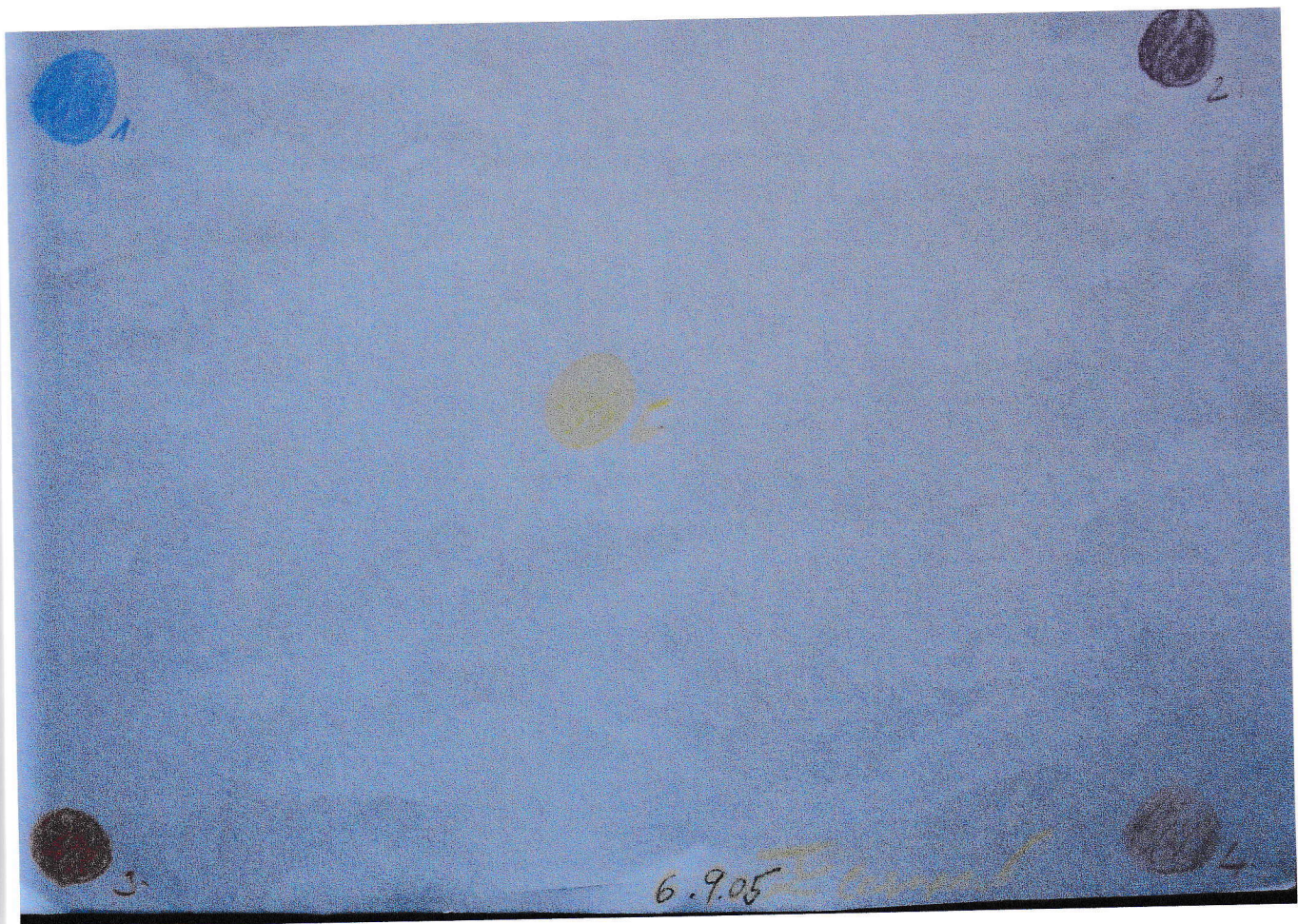
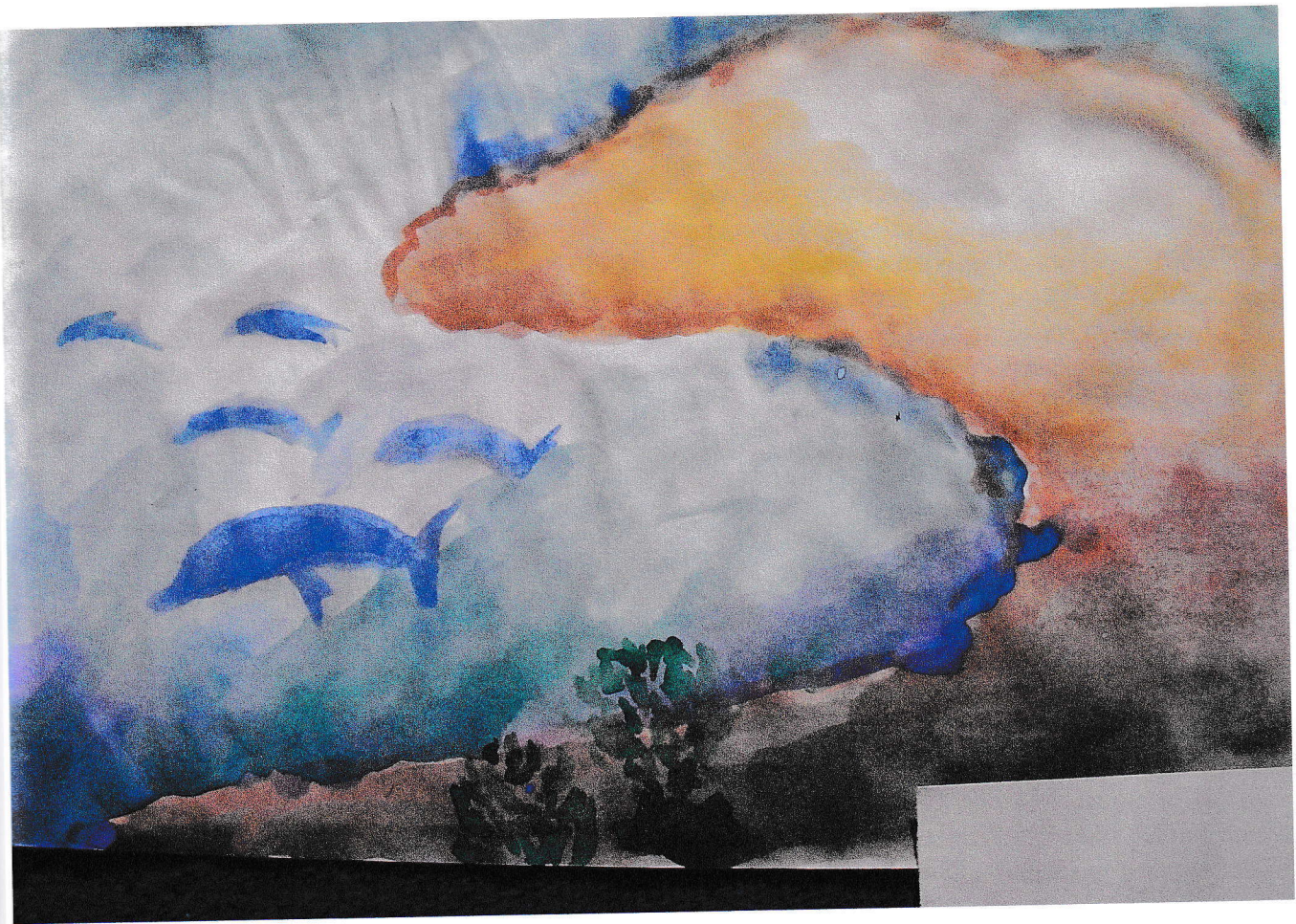
23.5.2005, obrázek na téma: dokončení Černé kočky

Záznam z rozhovoru: Julie je ochraptělá, skoro nemluví (byla na koncertě a křičela, navíc je trochu nachlazená). Z tohoto důvodu nebyl rozhovor příliš dlouhý. Minulý týden *se oženila její životní láska*. (Naposledy bývalého partnera viděla před čtyřmi lety.) Tato událost jí rozhodila, zašla si na psychiatrii a dostala silnější antidepresiva. Dokončila obrázek černé kočky, s výsledkem byla spokojená. Pak začala dělat smejsvák, který se jí nechtělo (ve vhodné fázi) dát pod vodu. Slíbila, že smejsvák dokončí sama (nedokončila).

Julie mi vyprávěla o tom, že jí volal otec. Podle jejích slov zněl *jako by brečel*. Volal jí, že jí chtěl slyšet, bylo mu smutno. Julie se ho několikrát ptala, jestli se něco neděje. Následující noc se jí zdál sen, že *otec zabil babičku*. Později se opravila na to, že si všichni mysleli, že jí zabil. Ona s ním mluvila po telefonu, nechtěl jí říci co se děje, ale v telefonu zněl ubrečeně.

KTC – interpretace

Na KTC je patrný větší přítlak na pastelky. Barevnost provozní roviny by nás mohla odkazovat k barevnosti deprivace? Barvy protějšku by mohly signalizovat nazbojenou kombinaci těsně před konfliktem? Nebo spíše barevnost otcovské autority, které se týká autorčin sen? Polovina „Já“ by mohla být neurotickou barevnou kombinací? Jako aktuální problém se jeví symptom, který je mírně posunut k rovině náhradní komunikace?



12.13. XI. setkání

6.9.2005, obrázek na téma: Delfini v Chorvatsku

Záznam z rozhovoru: Klientka byla krátce po pobytu v Chorvatsku s CNP, čímž úspěšně završila skupinovou psychoterapii v tomto doléčovacím zařízení. Na individuální psychoterapii stále dochází. Julie mluvila o svých dojmech z pobytu, krátce jsme mluvily i o potápění. Julie litovala, že se nemůže potápět kvůli zdravotním problémům s levým uchem. Svěřila se, že má takovou fantazii se žraloky. Nechala jsem si ji od Julie vyprávět. Julii by se líbilo být pod vodou, s dýchacím přístrojem, v kleci, kolem které by plavala spousta žraloků.

Komentář k malování: Julie odmítala o obrázku asociovat, řekla, že je to prostě chorvatské pobřeží, jak si ho pamatuje. Námitku, že jsou břehy Chorvatska tak pusté negovala tím, že pusté zůstaly.

DELFINI V CHORVATSKU – interpretace

Obrázek je malován z ptačí perspektivy. Našli bychom několik pozorovatelských stanovišť ze kterých bychom jeho jednotlivé části mohli vidět. Objevuje se tu sklápění do půdorysu. Náhled a motiv obrázku připomíná mapu. Klientka zjevně odmítala zaplnit liduprázdný ostrov a poloostrov (pustina by mohla být odkazem k deprivaci?). Hlavní část pevniny bychom při asociaci s velkou tlamou, která požírá nebo vypouští delfíny mohli interpretovat jako odkaz k orální problematice? (Která se vyskytuje již u výrazných červených pus v předešlých obrázcích.) Mohla by vzdálenost náhled a distanc odkazovat ke ztrátě kontaktu autorky s děním? Prohlášením: já nejsem účastníkem děje? Pozoruhodná je barevná kombinace u břehů v předním plánu: fialovo – tmavě zelená. Působí poměrně jedovatě. Klientka se navzdory těžkému pohledu, který si zvolila, pokouší o budování plánů (intenzita barev v předním plánu). Opět vymizel horizont (chybějící horizont by se dal přirovnat k budoucnosti? K budoucnosti se kterou se nepočítá?)

KTC – interpretace

Do centra aktuálního problému se opět dostává žlutá. Otázka prezentace a prohlášení? Na straně „Já“ opakovaná! Jednorozměrnost (světle a tmavě růžová) v kontaktu? Na straně protějšku poprvé v autorčiných KTC oranžová (vztahující se k orální problematice?) a bledě modrá.



12.14. XII. setkání

16.10.2005, obrázek na téma: Fantazie se žraloky

Záznam z rozhovoru: Julie vypadala spokojeně. Předěšlý den byla na párty, na které ji mezi sebe přijali úplně cizí lidé, což je překvapilo a potěšilo.

Začala chodit do školy. Je odhodlaná vydržet pětileté studium a odmaturovat. *Pak bych si chtěla udělat terapeutický výcvik a jít dělat s feťákama. Teda ne s feťákama, ale s těma, co se chtějí léčit.* Je nadšená z předmětu osobnostní výchova. Profesori a spolužáci ji přijali dobře. Jen některé spolužačky jí, které dělají školu *jen tak z nudy, nadávají, že je šprt.* Bere to podle svých slov, *jako žert, ale když se to opakuje, dotýká se jí to.*

V řeči poslední dobou nepocituje větší problémy.

Zmínila se o tom, že bratr (je mu 20 let) čeká rodinu. Julie není přesvědčená o pevnosti jeho vztahu s partnerkou. Stejný názor má i otec. Matka je naopak nadšená a těší se na vnouče.

Komentář k rozhovoru: Pozice „šprta“ je svým způsobem velmi podobná roli „šikanované“. Obě pozice jsou pozice outsidera, někoho odlišného.

Komentář k malování: Vyzvala jsem klientku, zda by nechtěla namalovat fantazii se žraloky, o které mi minule vyprávěla. Zprvu se bránila: *nemám vůbec náladu malovat lidi.* S pobídkou, že namalovat člověka pod vodou není nic zas tak složitějšího se do malování pustila. Když namalovala prvního žraloka (v 1. plánu) říkala, že se jí obrázek nelíbí (řekla jsem jí, že obrázek ještě není dokončený), po skončení naopak řekla, že se jí výsledek líbí. Řekla o něm: *on ten obrázek vypadá hrozně, ale není.* Ptala jsem se: A jaký z něj tedy máš pocit? Julie odpověděla: *Je to prostě můj sen. Takový, jak bych se chtěla potápět se žraloky. Kdybych se v té situaci reálně ocitla, možná bych couvla, ale takhle si to představuju.*

FANTAZIE SE ŽRALOKY – interpretace

Nejdříve vznikl žralok v předním plánu, pak potápěč, následně ostatní žraloci a pozadí a nakonec klec. Úhlopříčka, na které vidíme černobílého žraloka je protestantská (váže se k ní mužská autorita, může signalizovat riskantní situaci, směřuje k budoucnosti). Na žralokovi je nepřehlédnutelná tlama s velkými zuby. Zuby nám signalizují vztek, agresi, chuť ničit? Obrany orální (v souvislosti s oranžovým potápěčem): inkorporace – pohlcení? Z určitého pohledu žralok jakoby srůstal s potápěčem, kterého má za sebou? Potápěč nebo spíše potápěčka? Ve středu kompozice je chráněn/a před žralokem, ale zároveň i před možností komunikovat? Je nečitelný/á, nevidí (běžně jsou potápěčům v masce vidět oči), neslyší, nemůže mluvit, je zavřený/á a závislý/á na činnosti a vůli ostatních (nad hladinou)? V potápěčském obleku je „přetopeno“. Co se stalo, že je potápěč/ka v takovém varu? (Var emocí?) Potápěč/ka je jediným červeným prvkem v obrázku, v souvislosti s přítomností žraloka se asociuje krev. Má potápěč/ka touhu přiblížit se žralokovi co nejblíže, ale přesto strach přiblížit se bez bariéry klece? Mohlo by to signalizovat ambivalenci (také množství fialové na pozadí), konflikt? Potápěč/ka je spoután/a hnědým postrojem, který ho/ji zároveň udržuje při životě? Stejně tak fialová klec, která brání přiblížit se nebezpečí (v podobě žraloka) a zároveň před ním chrání? (Zajímavá shoda barevnosti v otcovské a mateřské barvě.)

KTC – interpretace

Barevná kombinace na straně „Já“ a aktuálního problému, změnila místa a tudíž i pořadí (které je až na výjimky stále stejné). Zdá se, že autorka stále řeší podstatu toho samého, co je rozebráno v předešlých KTC ze 6.9. 2005. Řešený problém – symptom, se

oproti ostatním KTC zvětšil. Protějšku je přiřazena kombinace, která odkazuje k neuroticismu?

12.15. Interpretační úvaha paralel výtvarného projevu a životní reality

Julie N.

Pespektivu v obrázcích klientky nacházíme zřídka. Perspektiva jako taková se váže k otci, k otcovské autoritě, která podle absence perspektivy a nevelkém zastoupení otcovské barvy v KTC může signalizovat spíše absenci otcovské autority? Průběžně se v obrázcích autorky objevuje fialová (často ve výrazné anilinové barevnosti), mohli bychom o ní uvažovat také jako o ambivalenci, vztahu s matkou, její vlastní mateřskosti? Často se objevuje v kombinaci s růžovou (KTC), což by mohlo signalizovat prožívání symptomu?

Výtvarná produkce se pohybuje ve věku základní školy, kolem 8 let věku, který byl pro klientku zároveň zátěžovou dobou ohledně vzniku koktavosti. Také by tento věk mohl být půdou pro emoční nezralost a deprivaci.

První obrázek (Adam a Eva) je jiný, než následující (kombinovanou staticností a dynamičností a nastartováním; perspektivní tenze). Je možné, že je ovlivněn nedávnou opětovnou zkušeností s drogou? V posledních třech obrázcích (Černá kočka, Delfini v Chorvatsku, Fantazie se žraloky) si autorka odžívá pubertu (objevuje se černá). Otázkou je nakolik měla klientka možnost odžít si ji ve svém rodinném prostředí, vůči otcovské autoritě. V realitě by pro to svědčilo klientčino navštěvování nonkonformních akcí, mohlo by se jednat o způsob řešení vztahové problematiky? Výtvarná produkce je v podstatě statická. Položili bychom si (a autorce) otázku pro chybí v obrázcích děj? Co blokuje akci? Často se objevuje jednorozměrnost (dobře viditelné v obrázku Velkostatkář a smrt a v KTC), která blokuje komunikaci s protějškem (vztahovost). Barevnost dominuje v obrázkovém celku studená, která by mohla odkazovat k introverzi a k emoční deprivaci, která by korespondovala s emoční nezralostí? Mohli bychom řadit mezi deprivací znaky pustiny v krajinách, které se v dílech autorky vyskytují?

Výtvarná produkce skáče, jak barevnou intenzitou, tak výtvarnou vyspělostí autorky. V důsledku kumulace jejích psychických problémů, které souvisí s modely chování, které si odnesla pravděpodobně z rodiny např. neochota řešit vztahové problémy (neřešené vztahové problémy jsou nestandardní k autorčině věku), rodina pravděpodobně neměla příliš stabilní normy a řád. Dále prodělaná drogová závislost, zde se nabízí otázka sebemedikace (píše o ní i Kalina a kol.) dlouhodobého problému, únik z dlouhodobého problému k droze, který se zdá být pravděpodobnější, než že šlo o pouhý experiment. Sem by se daly zařadit i psychické aspekty koktavosti a s nimi spojené sebepojetí, snížené sebevědomí (klientka přibírá na váze, obrázky se svým těžištěm posouvají ke spodní základně), které se klientka snaží sebezprezentací maskovat (mj. žlutá v KTC). Její sebezprezentace bývá někdy spojena s manipulací protějšku (v pozadí, ale s nízkým sebevědomím). Přispívají tyto faktory nebo jsou důsledkem emoční nezralosti klientky? Není zcela vyloučena lehká (hranice normy a lehké odchylky) psychiatrická diagnóza (potvrzeno ústním sdělením logopeda) Nemůžeme proto očekávat stabilní projev a výkon (nejen výtvarný).

Klientka má „zachraňující tendence“, jak lidí kolem sebe (výběr partnerů), tak výběrem oboru střední školy, tak ambicemi stát se terapeutkou léčených toxikomanů. Není tato tendence pro klientku zároveň sebedestruktivní, protože by především potřebovala stabilizovat sama sebe? Tato oblast souvisí i s rolí šikanované (i šprta). Oběť šikany svým způsobem signalizuje potřebu pozornosti (s tím korespondující míra naivity). Zároveň lidé, kteří se ocitají v téhle roli mají potřebu „pomáhat“ ostatním lidem výše uvedeným způsobem. Co se okolí týče, má klientka tendence si ho idealizovat (rodinné prostředí), někdy do něj projikuje problémy, „já nemám problém, to ostatní ho mají“ (kolegové v práci). Klientka je často nadšená a zapálená do něčeho, co ale nedokončí. Zajímavou otázkou by bylo jak řeší

svůj neúspěch? V jistém období jejího života to byla droga (nepamatuje si, ale bylo jí vyprávěno, že pod vlivem drogy neoktala, dále specifikovala pervitinu na str. 55). Co ji nahradilo v současnosti? Neobchází často, to co by měla řešit (únikové světy)?

13. ANOTACE

Využití metody arteterapie u balbuties (kóktavosti)

Cílem bakalářské práce je poukázat na metodu arteterapie, jako na vhodnou součást komplexní terapie u klientů s dg. balbuties (kóktavosti). Protože kóktavost je porucha plynulosti řeči, mají balbutici s verbálním vyjadřováním problémy. Arteterapie jim umožňuje vyjádřit se bez bariér a tím přispívá ke zmírnění psychických potíží při komunikaci.

Usage of artetherapy with balbuties

The aim of this diploma work is to focus on the method of artetherapy as an appropriate part of complex therapy used with the balbutic clients. Stuttering is the dysfunction of fluent speech which brings problems with verbal expression. Artetherapy enables these clients to convey without obstacles and therefore leads to reduction of psychical cruxes during communication.

14. ZÁVĚR

Pokusila jsem se najít několik společných křižovatek, možná i cest logopedie a arteterapie a částečně i psychologie a psychoterapie, ideálně řečeno komplexní péče. Obávám se, že mezioborová spolupráce v naší současné péči o klienta stále nefunguje dostatečně a komplexní péče existuje často více na papíře než v praxi. Je to škoda, jak odborníků z jednotlivých oborů, tak i klientů. Jak uvedli ve své knize Rodinná terapie psychosomatických poruch Trapková a Chvála, všechny nemoci jsou biopsychosociální. Symptomatologie kóktavosti o jejíž redukci se většina logoterapeutických metod a technik pokouší, značně zasahuje do psychoterapie. Velká část zakóktání balbutika závisí na jeho psychice, na tom, jak svoji kóktavost vnímá a prožívá. Navázat s klientem vztah jinak než verbálně, kde se jeho komunikační záměr nedaří, nabízí zajímavý potenciál. Právě arteterapie by mohla této možnosti využít a napomoci klientovi postavit se strachu ze své kóktavosti, kterému prakticky nepřetržitě čelí.

Julie N., klientka se kterou dlouhodobě pracuji, bojuje více či méně nápadně s několika svými „stíny“ a strachy, nejen se svou kóktavostí. Její výtvarná tvorba a životní rozhodnutí ukazují některé starty. V práci s klientkou budu pravděpodobně pokračovat do léta tohoto roku. Pokusím se znovu jí nabídnout, to co tak kategoricky odmítá tématicky v obrázcích a prostřednictvím výtvarného posunu ji spoludoprovázet k náhledu na její komunikační problémy. Zároveň ji budu podporovat v rozhodnutí dokončit školu.

15. LITERATURA

- Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- Dvořák, J. (2001). *Logopedický slovník*. Ždár nad Sázavou: Logopedické centrum.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2004). *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Klenková, J. (2000). *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Kyzour, M. sr. (1969-1970). *O krizových jevech v dětské malbě a kresbě*. Estetická výchova. č.2-3.
- Kyzour, M. jr. (2002). *Rožnovská intervenční arteterapie*. Psychologie dnes: 7-8, 26-27.
- Kyzour, M. jr. (2004). *Úvod do studia psychologie a psychopatologie*. (nepublikováno). České Budějovice: Ateliér arteterapie.
- Lechta, V. a kol. (1995). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Martin: Efeta.
- Lechta, V. a kol. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
- Lechta, V. (2004). *Koktavost*. Praha: Portál.
- Lechta, V. a kol. (2005). *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál.
- Mareš, J., Křivohlavý J. (1995). *Komunikace ve škole*. Brno: Masarykova univerzita.
- Lhotová, M. (2001a). *Místo imaginativních aktivit v systému duševního dění člověka*. In Puršl, L. (Ed.). *Při brodu Jabok*. Praha: Advent-Orion.
- Lhotová, M. (2002). *Kořeny a vykořenění*. In. Heller, D. a Sobotková, I. a Šturma, J. (Ed.). *Psychologické dny Psychologický ústav AV ČR*. str. 447-454.
- Neubauer, K. (1997). *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha: Asociace klinických logopedů ČR.
- Parent, R. (1998). *Jak žít s koktavostí*. Praha: Grada.
- Peterson, L. W., Milton, E. H. (2002). *Děti v tísní*. Praha: Triton.
- Peutelschmiedová, A. (1994). *Čtení o koktavosti*. Praha: Portál.
- Peutelschmiedová, A. (1994). *Etiologie a terapie koktavosti*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a*

dospívajících. Praha: Portál.

Slavík, J. (1997). *Od výrazu k dialogu ve výchově (Artefiletika)*. Praha: Karolinum.

Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šicková-Fabrice, J. (2002). *Základy arteterapie*. Portál: Praha.

Trapková, L., Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

Uždil, J. (2002). Čáry, klikyháky, paňáci a auta. Praha: Portál.

Vágnerová, M., Hadj – Moussová, Z. (2003). *Psychologie handicapu. Část 1. Handicap jako psychosociální problém*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

Vágnerová, M., Hadj – Moussová, Z. (1997). *Psychologie handicapu. Část 2. Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.

Vágnerová, M. (1993). *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum.

Staženo 8.10. 2005,

http://www.mou.cz/mou/upload/Rubriky%5Caktuality%5Ctiskove_zpravy%5CPEP.pdf

Staženo 10.11. 2005, <http://www.logoped.cz/index.php?page=informace>