

PROF. MUDr PhDr MILOŠ SOVÁK,
Ústav pro defektologii VŠP, Praha.

PATOGENESA A PREVENCE KOKTAVOSTI

O vzniku a průběhu kóktavosti existuje již rozsáhlá odborná literatura.(1) Byly vykonstruovány mnohé rozmanité, až odvážné teorie, které odporují však velmi často jak sobě navzájem, tak i zjištěným faktům, a které v propracování detailů anatomicko-fysiologických jdou leckdy tak daleko, že zapomínají na to, že jde o poruchu řeči a její sociální funkce. Názorová nejednotnost bývá nápadná: zatím co někteří autoři se snaží vysvětlovat vznik a průběh kóktavosti jenom somaticky, endokrinologicky nebo jako ložiskový symptom některé partie ústředního nervstva, obracejí jiní svůj zřetel výhradně na faktory psychologické, psychoanalytické, po případě sociální. Shodují se však velkou většinou v jednom bodě: že jde o neurosu řeči. S tím souhlasí i ti, kdož se opírají o výklady somaticko-mechanistické, i ti, kdož se přidržují činitelů psychologicko-sociálních.

Dosavadní teorie o vzniku kóktavosti nás neuspokojují, a to hlavně pokud by šlo o jejich použitelnost v praxi. Proto se chceme pokusit o to, abychom fakta uvedli v takové srozumitelné souvislosti, aby se jich dalo použít jak pro výklad o vzniku kóktavosti, tak i pro preventivní praxi. Nejde nám o vytvoření nové teorie, nýbrž chceme své dosavadní zkušenosti a pozorování shrnout tak, abychom si mohli vyložit veškeré dílčí problémy patogenesy, variability symptomatologie, významu dispozice a prostředí a vůbec všeho, co má vztah k preventivní péči. Opíráme se tu o fakta, která chceme seřadit v systém vzájemně na sebe navazujících a působících činitelů. Snažíme se o vlastní stručný výklad nezátížený zbytečnými citacemi, přičemž nikterak nezastíráme obtížnost úlohy a tudíž ani potřebu dalšího revidování.

Kóktavost je neurosa řeči, která vzniká v dětství kolem 3. roku. Později vzniklá kóktavost bývá nejčastěji už jen reprisou poruchy v dětství vzniklé a v dalším průběhu dočasně potlačené. Jde tedy vždy o poruchu řeči dítěte.

Činitelé, spolupůsobící při vzniku kóktavosti, jsou:

1. dítě samo a jeho věkové vývojové vlastnosti,
2. řeč dítěte, v jejímž vývoji se odrážejí,
3. vlivy společenského prostředí.

Ad 1.: Především nás zajímá dítě s jeho vývojovými vlastnostmi a věkovými zvláštnostmi. Jestliže obecně k celistvosti organismu patří i jeho prostředí, pak nutno k celistvosti dítěte přičíst i vlivy sociálního prostředí. Činitelem integrujícím vzájemné vztahy člověka a prostředí je centrální nervový systém. Proto v posuzování specifických vlastností dětského věku je třeba se zaměřit na centrální nervový systém dítěte. Shrnujeme podle Dosužkova:(2) »Dětský mozek a mozek dospělého člověka není jedno a totéž; do 5 let života je mozek nedostatečně vyvinut a v tomto období by mohly některé podněty, banální pro dospělého, být supramaximálními...«

»... je jasné, že fyziologie nevyvinutého mozku není stejná, jako ... po dokončení myelogenesy a stratifikace«. Je totiž známo, že mozkové dráhy dozrávají pomalu, skoro do 4 $\frac{1}{2}$ roku života a tangenciální korová vlákna až kolem 5. roku. Těž ve stratifikaci mozkové kůry nastávají v 5. roce významné změny: vyrovnává se objem zevní a vnitřní vrstvy. Proto nepodmíněné a podmíněné reflexy dítěte nabývají vlastností reflexů dospělého člověka až právě od pěti let. Proto je věk pěti let důležitým rozmezím mezi infantilní a obvyklou nervovou činností, proto infantilní, nevyzrálá nervová činnost snáze podléhá traumatizaci před 5. rokem života.

Další zvláštností dětského věku je nadto i rozdílný vývoj centrálního nervstva podle pohlaví: Karlinova teorie(3), vycházející z nálezů Flechsigových, vykládá větší morbiditu i sklon k neurotickým onemocněním — a tudíž i ke kóktavosti — u chlapců tím, že jejich nervový systém dozrává ještě později než u děvčat.

Je tedy nervová soustava dítěte, a to zvláště u hochů, před 5. rokem nevyzrálá, křehká a tudíž snadno zranitelná.

Ad 2.: Kóktavost vzniká nejčastěji v tom období, kdy je řeč dítěte v prudkém rozvoji. Už od 2. roku se převratně rozvíjí, a to po stránce sensomotorické i obsahové. Vytvářejí se vzájemné spoje mezi jednotlivými, na řeči se účastnícími analysátory, jejichž činnost i souhra se stále jemněji a přesněji odstupňuje. Jde tu zvláště o analysátor sluchový a motorický s jeho kinestetickou složkou, krom dalších, jež dávají základ pro komplexní výkon řeči.

Zároveň se zdokonaluje a kvalitativně prudce rozrůstá i stránka obsahová. Řeč roste od první signální soustavy ke druhé, zvukově mluvní projevy se odtrhují od původních konkrétních životních situací, abstrahováním se začínají vytvářet pojmy. Vznikají i složité mluvní stereotypy, které transferem se zobecňují. To vše znamená nesmírné nároky na nervové duševní práci.

Řeč dítěte, vyrůstající z prvosignálních základů, je souhrnem velmi složitých, podmíněných reflexních vazeb. Projevují se tedy i na řeči základní rysy podmíněných reflexů, které jsou získané, jsou individuálně různé a jsou dočasné.

Orgánem podmíněných reflexů, tedy i řeči, je mozková kůra, a to v dynamické spolupráci a těsné souhře s podkořím. Zde je nutno aspoň se zmínit o významu thalamické uzliny pro citový přízvuk vnímání a o významu extrapyramidového systému pro výraznost a plasticitu motorického výkonu řeči.(4) Vývoj řeči souvisí velmi těsně s rozvojem duševním. Jde tu o vzájemné působení, podporování a stimulování.

Tedy vidíme, že bouřlivé duševní rozvíjení a vrůstání ve společenské prostředí klade značné nároky na řeč, která taktéž je ve stadiu rychlého růstu a kvalitativních změn. A to vše se odehrává v době, kdy strukturální základ řeči, ústřední nervový systém, je dosud nevyzrálý a nehotový.

Je proto zcela přirozené, že ani sociálním požadavkům ani duševnímu rozvoji neodpovídá mluvně koordinační pohotovost, že se vytváří nepoměr mezi obsahově citovou a mluvně motorickou stránkou řeči.

Výsledkem nepoměru jsou potíže v přesnosti zvukové realizace mluvy.

Ty prodělává v různé intensitě každé dítě. Projevují se někdy jako opakování slov nebo začátečních slabik, jako komolení a vynechávání celých mluvních částic; vážne vybavování slov a mluvních celků, selhává někdy transfer stereotypů, nebo se vyskytují kontaminace, předstírající slovní novotvary, jindy dokonce i zadržování, zvláště při srážce několika podnětů a nediferencovanosti mluvní reakce. Takové a podobné obtíže si dítě ani neuvědomuje (pokud by na ně nebylo upozorněno), a ani si neuvědomuje jejich překonávání.

Zmíněné nezdary při mluvení (v období kolem 3. roku) jsou zcela přirozeným zjevem provázejícím rychlý rozvoj řeči. Jde o jev vývojový, fyziologický a přechodný, trvající pouze po dobu, než se dítěti podaří překonat nepoměr mezi sociálně podmíněnou tendencí a dosud nezralou schopností mluvní realisace. (Toto období nechceme však označovat jako »fyziologickou koktavost«, jak to činí Brohm, poněvadž tu o koktavost nejde.)(5)

Ad 3. Vlivy společenského prostředí na dítě jsou faktory často přehlížené nebo aspoň nedostatečně hodnocené. Je třeba přiznat, že řeč je sociálně determinována, a to za okolností jak fyziologických, tak i patologických u člověka dospělého, tím spíše pak u dítěte.(6) Pro vyvíjející se řeč dítěte dává společenské prostředí vzor, stimulaci i korektiv. A opět tu zdůrazňujeme význam citových vztahů pro vývoj řeči: dítě se naučí hlavně mluvit podle osob, s nimiž se má rádo.(7)

Vliv citové vazby se uplatňuje nejdříve v primitivní sociální jednotce, kterou tvoří matka a dítě; jde ponejvíce o vazbu pozitivní. Dále v rodině, kde jsou už možné některé negativní vlivy (někdy se strany otce). A konečně v kolektivu mezi dětmi nebo i dospělými, kde je ještě více možností citových konfliktů.

V dialektice sociálních vztahů dítěte a jeho okolí nutno brát v úvahu tendence dítěte potlačované různě formovanými zákazy okolí a z toho resultující výsledný reaktivní postoj dítěte hodnocený okolím nezřídka jako vzdorovitost. Postoj dítěte bývá ambivalentní — buď únik nebo útok, buď pasivita nebo agrese. Omezováním aktivity dítěte právě ve věku prvních sociálních tendencí vznikají různé obranné reakce v chování i v řeči. A jestliže dětská vzdorovitost je vzpourou proti omezující autoritě, pak se projeví vzhledem k autoritě otcovské spíše u chlapců, a to i z toho důvodu, že citový vztah k matce bývá silnější. Může tedy prostředí svým působením na dítě ovlivnit i jeho řeč: jednak její vývoj záměrně usměrňovat a vhodně podpořit, jednak řeč dítěte ponechat spontánnímu vývoji a konečně ji nevhodným působením porušit, což se projeví různě: utlumením se vývoj řeči opoždí, traumatizací se funkce řeči neurotisuje.



Koktavost jakožto neurosa řeči vzniká kolem 3. roku, tj. v době, kdy ústřední nervstvo dítěte je ještě nevyzrálé, kdy řeč je ve stadiu prudkého rozvoje a kvalitativních změn, kdy řečové funkce jsou ještě nestabilisované, křehké a tudíž snadno zranitelné, a kdy na řeč dítěte doléhají nároky vytvářených sociálních vztahů. Třebaže téměř všechny děti procházejí obdo-

bím fyziologických nezdarů ve výkonu řeči, jsou kóktavostí postiženy jen některé z nich, a to ty, které mají ke kóktavosti sklon, dispozici. Vzniká tedy kóktavost na základě dispozice neurotisací, tj. úrazem čili traumatizací funkce řeči. Pak můžeme vznik kóktavosti vyjádřit formulkou: balbuties = dispozice + trauma.(8)

Dispozicí obecnou jsou zmíněné již zvláštnosti dětského věku, pro něž může kterékoliv dítě získat neurosu snáze než člověk dospělý.

Dispozicí speciální, zaměřenou na funkci řeči, je jednak skutečnost, že řeč sama je právě v prudkém vývoji, nehotová a tudíž snadno zranitelná, jednak tu mohou být — jak předpokládáme — jisté změny ve strukturálním podkladu řečové funkce. Při kóktavosti trpí hlavně realizace motorického výkonu řeči. Jde tedy o motorický mluvní analyzátor, který se klade v oblast širokého pomezí frontoparietotemporální(9), a to na hemisféře dominantní. Jeho výkonnost je oslabena a oslabení je provázáno sklonem ke zvýšené dráždivosti a nedostatečnému útlumu; jde o funkční stav, který podle Pavlova označuje též Ivanov Smolenskij jako »dráždivou slabost«(10).

Příčiny oslabení korového základu řečových funkcí, označovaného jako dráždivá slabost, mohou být původu organického i funkcionálního, mohou být vrozené i získané.

1. Organické změny difusní mohou oslabovat výkonnost celé kůry mozkové, tedy i oblastí motoricko mluvních; může tu jít jak o následky vaskulárních a jiných změn v syndromu perinatální encefalopatie, tak i o změny toxinfekční a jiné, získané i později.

2. Organické změny lokalizované postihují příslušnou korovou motoricko-mluvní oblast, a to na dominantní hemisféře; bývají to ložiskové změny v syndromu perinatální encefalopatie nebo i později získané úrazem, lokalizovaným zánětem mozkových blan a pod.

3. K funkcionálním změnám lze řadit

- a) funkční oslabení celkové, vrozené, tj. typ slabý, označovaný též jako neuropathická konstituce,
- b) funkční oslabení lokalizované na mluvní oblast nevýhodným typem hemisférové dominance, vrozené jakožto dominance překřížená (Pearce)(12), nebo non-dominance (ambidextrie či spíše ambisinistrie), nebo získané narušením přirozené dominance násilným precvičováním ruky, a to v době, kdy vyvážení poměru motorické oblasti na hemisféře dominantní a pomocné je nejvýš nutné pro stabilisování vytvářejících se řečových spojů.(12)

Netroufáme si nikterak tvrdit, že uvedené disposiční faktory vyčerpávají všechny možnosti vzniku kóktavosti. Nevylučujeme, že mohou být i jiné momenty. Zatím však jsme mohli veškeré pozorované případy zařadit vždy do některé ze zmíněných skupin, při nejmenším ve skupinu dispozice celkové, dané funkčními zvláštnostmi ústředního nervstva dítěte.

Poněvadž disposiční faktory jsou různorodé, nepřekvapuje nás, že pak i mezi kóktavými nacházíme děti rozdílné. Jsou to děti jak neurotické nebo tělesně oslabené, tak i děti somaticky zdravé, mohou to být děti jak nadané, tak i oligofrenní, motoricky zdatné i značně neobratné, děti bez neurologického nálezu i nervově choré, děti mluvně vyspělé i děti s opožděným vý-

vojem řeči, s výslovností dobrou i špatnou. Všechny tyto rozdílnosti lze uvést v souvislost s některým z disposičních základů. Stejně pak nás potom nepřekvapí, že škola pro vadně mluvící (koktavé) má většinu žáků nadaných (pro disposici celkovou nebo funkční) a na druhé straně se vyskytuje ve školách zvláštních více dětí koktavých než ve školách všeobecně vzdělávajících (pro disposiční základ organický).(13)

Ovšem dispoice sama, kromě výjimečných případů, nestačí ke vzniku koktavosti. Je třeba, aby na disposiční terén zapůsobil ještě úraz — trauma, jakožto vlastní vyvolávací moment neurosy. Bez něho by člověk s pouhou disposicí mohl projít životem, aniž by se stal koktavým; dokonce by mohl i své snížené schopnosti v mluvní realisaci úspěšně překonat.

Jako *trauma* může působit jakýkoliv podnět, který sám o sobě neškodný pro dospělého, je pro nezralou centrální soustavu dítěte podnětem supra-maximálním. Jde tu, vzhledem ke koktavosti, hlavně o takové podněty, které působí rušivě na vyvíjející se, dosud nestabilizovanou schopnost řeči, a to ve fázi překotných kvalitativních změn rozvoje druhé signální soustavy. Pokládáme tedy za trauma vše, co působí neurotisaci, stržení vyšší nervové činnosti, v našem případě v oblasti mluvní realisace.

Neurosu mohou vyvolat ve věku dospělém a zvláště však v dětském jednak podněty příliš silné, s nadměrnou afektivní reakcí, dále příliš velké nároky na výkony a chování, ukládání obtížných, až neřešitelných úkolů a v neposlední řadě i násilná změna stereotypů, na př. v sociálních vztazích.(14)

Traumata podle svého působení jsou dvojího druhu:

1. trauma akutní, jednorázové (t. zv. makrotrauma), jež velmi často se udává v anamneze náhle vzniklé koktavosti; jde tu obvykle o prudké afektivní situace nepřiměřené věku a chápání dítěte, jako je leknutí, pád, náhlý silný afekt — ať strach či radost — a pod. Na př. lze uvést náhlý vznik koktavosti z pocitu křivdy po nespravedlivém výprasku provázeném zakřiknutím pláče;(15)

2. traumata chronická, opakovaná (tzv. mikrotraumata), jsou nejčastěji nesprávné, pro dítě neúnosné způsoby výchovy:

a) obecně tu jde o nedůslednou, přísnou výchovu, s přílišnými nároky na dítě věku neodpovídajícími (perfekcionismus), dále rozvrat v rodině, nedůsledná výchova — na př. rozmazlování se strany matky a až patologická přísnost otce a pod.:(16)

b) úrazy opakované, postihující přímo výkon řeči: nadměrné požadavky na řeč a duševní výkonnost dítěte vůbec (přepínání druhsignální soustavy), nevhodné opravování a tím i upozorňování na fyziologické v té době nezdary v dětské řeči, výsměch, ba až trestání za nesprávné výkony mluvní, okřikování až zakazování projevu dítěte (smích, pláč, sdělování atd.);

c) úrazy opakované, postihující nepřímo výkon řeči, spojené s výchovným ovlivňováním dispoice: násilné přecvičování leváka na praváctví.

Zmíněná traumata, ať akutní či chronická, postihují vždy — přímo i nepřímo — funkci řeči (na př. dítě leknuvší se psa, bojí se volat o pomoc či křičet; vzniká tak konfliktní situace: popud k projevu a zároveň jeho po-

tlačení). Obojí postihují řeč zaměřenou na styk s druhými lidmi, a to v určitých životních situacích, jsou tedy úrazy řeči vázány jak na určité osoby, tak i na určité životní situace.

Traumata, působící na disposiční terén, neurotisují řečové funkce. To se projevuje především fixováním a pak i potencováním již stávajících vývojově přirozených nezdarů v řeči. Obtíže při mluvení, do té doby fyziologické, se zhorší — buď naráz nebo postupně. A poněvadž jsou vázány na určité osoby a životní situace, pak obdobné další situace, s původní asociačně spjaté, vyvolávají obdobné nezmary v řeči. Dalším přenosem se pak obtíže v řeči dále upevňují a zhoršují v symptomy koktavosti.(17)

Mluvní nezmary a počáteční příznaky koktavosti jsou vázány na konkrétní, individuálně prožité životní situace. Proto i příznaky koktavosti jsou individuálně různé, proto veškerá symptomatologie koktavosti se vyznačuje individuální rozdílností. Proto je individuálně řešen i každý aktuální konflikt mezi chtítí a moci mluvit, mezi tendencí k mluvení a zároveň k mlčení, i každá aktuální útočná či úniková reakce v dané mluvní situaci, i součiny maskující nebo pomocné, ba i průvodní vegetativní a jiné neurotické symptomy.

Poměr dispoice a traumatu je nepřímý úměrný. Čím větší je disposiční terén, tím menší trauma stačí k tomu, aby vznikla koktavost, a obráceně. Silná organická leze v oblasti mluvního analysátoru stačí už sama, bez dalšího traumatu vyvolat symptomy koktavosti (např. koktavost při afasii), traumatizace nadměrným afektem může způsobit koktavost i u individua nezatíženého dispoicí.

V rozboru příčin koktavosti je dispoice souhrn činitelů biologických, individuálních, kdežto trauma je souhrn činitelů společenských. Dispoice vyžaduje podrobné lékařské vyšetření, po případě léčení, kdežto následky traumatu vyžadují nápravně výchovnou péči. Řádně konaná prevence nebo aspoň profylaxe se snaží o to, aby nedošlo k traumatizaci řeči disponovaných dětí, nebo aspoň aby důsledky traumatu byly v samých začátcích výchovně zvládnuty.

Správné zhodnocení disposičního terénu přispívá i k stanovení prognosy. Koktavost podmíněná organickou lezí je cvičnou terapií obtížněji ovlivnitelná než koktavost podmíněná funkčními změnami, která je zvládnutelná leckdy pouhými výchovnými opatřeními.

V rozboru patogenesy by bylo chybou přehlédnout nebo podceňovat význam společenských vlivů. Neodstranit závady ve společenském prostředí při ošetření koktavosti by bylo totéž jako chtít ošetřovat nohu a nechat přitom hřebík v botě. (Fletcher).(18)

Uvedená fakta se pokusíme doplnit některými výklady z patofysiologie. Při koktavosti jde o neurosu řeči. Jestliže neurosa vůbec se pokládá za funkční poruchu nervové činnosti, pak i neurosa řeči je záležitostí vyšší nervové činnosti. Musí se tedy výklad etiologie i patogenesy koktavosti opírat o zákonitosti vyšší nervové činnosti, i když je zřejmé, že v její symptomatologii se promítají i nižší funkce ústředního nervstva.(19)

Neurosa je chronické stržení vyšší nervové činnosti, a to v obou základních procesech, v dráždění i útlumu. Při koktavosti je slabost mluvního

analysátoru provázena sklonem ke zvýšené dráždivosti, a zvýšená dráždivost indukci vzbuzuje zesílený útlum. Jde pak o patologické zvýšení dráždění i útlumu. Paroxysmus koktavosti je provázen srážkou obojího procesu: čím větší dráždění, tím je silnější i útlum, neboli čím více se koktavý snaží o mluvní výkon, tím hůře mu to jde.

Patologické zvýšení dráždění a útlumu může se navodit buď z chorobného mozkového ložiska (např. koktavost při epilepsii, po úrazu hlavy, jako symptom perinatální encefalopatie a pod.), nebo funkčně srážkou impulsů z vedoucí (potlačované) a pomocné (preferované) hemisféry (při přecvičování leváctví), dále z nadměrného podnětu, kdy indukovaný útlum může dočasně převládnout (nezřídka začíná koktavost náhlým onemocněním) atd.

Iradiací dráždění na vzdálenější oblasti korové části motorického analyzátoru lze si vysvětlit časté souhyby svalstva mluvidel, obličeje, horních končetin, ba i trupu a končetin dolních; preartikulačním vybitím iradiovaného dráždění ve vzdálenějších motorických oblastech se pak uvolní následný mluvní výkon, který probíhá zcela bez obtíží. To je zkušenost známá už dřívějším autorům(20); tento fakt jasně ukazuje nesprávnost dřívější cvičné terapie koktavosti, při níž se vylučovala uvolňující součinnost gestikulace.

Paroxysmus koktavosti je vázán nikoli jen na určité »těžké« hlásky nebo »těžká« slova (to bývají příznaky až druhotně navozené), ale na komplex mluvní situace ve společenském styku, ve vazbě na individuální zážitky, přenášené v analogické životní situace.

K charakteristickým rysům neurosy patří též fázové stavy. Z nich fáze paradoxní, při níž na slabé podněty je silná reakce a naopak, znamená, že i v nápravě koktavosti je odůvodněn postup přirozený, bez násilí. Fází ultra-paradoxní, při níž na kladný podnět je negativní reakce, si snadno vysvětlíme nejen neúčinnost až škodlivost opravování, kárání a nucení k opakování promluvy, ale i mnohý negativismus koktavých dětí.

Dalším znakem neurotisace je regrese traumatisované funkce na vývojově nižší stadium. I při koktavosti regredují mluvní funkce na nižší, ba leckdy až předřečové stadium, na funkci archaickou. Jak na to upozorňuje zvláště L. Stein(21) (ve shodě se staršími autory), je dýchání při koktavosti svou nepravidelností, nevyvážeností mezi dechem a výdechem velmi podobné způsobu dýchání kojenců; tvrdé hlasové začátky jsou při koktavosti taktéž výrazem pocitu odporu a obrany jako u kojenců a opakování začátečních slabik, tzv. iterace, upomínají v ontogenesě na vývojově nižší stadium žvatlání, ve fylogenesi pak na řeči primitivů, jejichž slova bývají složena z opakovaných slabik. V aktuální konfliktové situaci může řeč klesnout na stupeň ještě nižší, až na prvotní funkce mluvidel — olizování, polknutí na prázdno, žvýkáci pohyby jazyka a pod. Regredované funkce se s rozvojem koktavosti vyvíjejí patologickým směrem: narůstá diskordinace dýchání, z tvrdých hlasových začátků se vytváří tonická forma koktavosti, z iterací pak forma klonická.

Regrese postihuje nejen samotné funkce mluvní, ale i funkce sociální. Sociální vztahy v celku klesnou na úroveň primitivních únikových nebo

útočných reakcí, vzhledem k pocítované autoritě klesá práh mluvní tolerance: koktavý mluví tím hůře, čím větší podrážděnost pocítuje a naopak se mu mluví lépe, hovoří-li k osobám, jež pokládá za nedůležité.

Individuálně různý charakter podmíněných spojů je jasně vyjádřen jak individuálně různou symptomatologií, tak i vazbou na vlastní zážitky mluvní i situační. Na ně se fixuje narůstající koktavost se všemi průvodními duševními jevy. Proto se koktavému mluví lépe, po případě jeho koktání zcela vymizí, mluví-li způsobem odlišným od svého navyklého, vžitého způsobu mluvy. A je známo, že koktavý nekotká, dovede-li se odpoutat (dočasně) od vazby na vlastní prožitky mluvních nezdarů, mluví-li za někoho jiného v jiné životní situaci; z vlastních pozorování uvádím: chlapec-jednáček si vymyslel druhá pro své hry, »Jardu«; když mluvil k »Jardovi«, koktal, když si jako »Jarda« odpovídal, mluvil plyně. (22)

Součinnost dynamických systémů kůra-podkoří má svůj význam i v patogenese koktavosti: vývoj řeči i sociálních vztahů je těsně spjat s afektivitou.

Řeč je sociálně determinována. Společenské prostředí má pak svůj význam i v patogenese koktavosti, v mnohých případech význam rozhodující. Svědčí o tom už hojná pozorování, kdy se koktavost upravila bez jakýchkoliv léčebných zásahů, pouhým usměrněním výchovy. Fakt výchovné ovlivnitelnosti řeči i za okolností patologických pokládáme za velmi důležitý zvláště pro prevenci.

Hlavní *zásady prevence* koktavosti celkem vyplývají už z toho, co bylo řečeno o patogenese. Poněvadž jde o předcházení neurose dětské řeči, je nutno se zaměřit na dětský věk a na vývoj řeči.

Obecnou zásadou prevence je respektovat veškeré zvláštnosti dětského věku, nevyzrálост nervové soustavy, sklon k reakcím neúměrným podnětu (z hlediska dospělých).

Speciálně pak, vzhledem k řeči, je třeba dbát všech zákonitostí vývoje řeči, zvláště v období začátků samostatné řeči, po pátém čtvrtletí života a pak v době rychlého rozvoje a kvalitativních změn přechodu do druhé signální soustavy. Zde platí obecná pravidla hygieny řeči, hlavně nenásilná výchova vyjadřovacích schopností, a to především stránky obsahové, za podpory libého citového přízvuku, při poskytování správného vzoru, přístupného chápání a tím využití napodobovacích reflexů.

Preventivní opatření vzhledem k neurose řeči — koktavosti — všímají si jak dispozičních momentů, tak i možného ohrožení traumatizací. Většínou je dispozice — krom laterality — záležitostí lékařskou. Nejde-li o zjevné chorobné příznaky, nemusí se dispozice celý život škodlivě projevit. Předcházet traumatizaci dítěte a jeho řeči je záležitostí výchovnou. Zvláště je nutno dbát na období vývojových mluvních obtíží, které je velmi citlivé na nešetrné zásahy; v té době už i jakékoliv upozornění na mluvní potíže je traumatem stejně tak, jako násilné převádění leváka, které je, jak s politováním opakovaně zjišťujeme, dosud velmi častým zjevem — se všemi svými důsledky. (23) Pokud v tomto období je dítě v rodině, pak aplikace správných zásad výchovy a vedení řeči je věcí pedagogické (ev. defektologické) osvěty. Pokud přichází dítě do mateřské školy, je věc podstatně

jednodušší. Výchova řeči a tím i prevence poruch má u nás v mateřské škole už svou tradici a krásné výsledky.(24) Propracovaná a osvědčená metodika usnadňuje rozvoj řeči obsahově i formálně, podporuje sociální funkci řeči; četné obrázky, loutková a maňásková divadla, hry v kolektivu a další rozmanité pomůcky za vedoucího mluvního vzoru učitelky v klidném prostředí jsou nejlepší ochranou před koktavostí i jinými poruchami řeči.

Souhrn:

Koktavost je neurosa řeči dětské, vznikající v období prudkých kvantitativních i kvalitativních změn ve vývoji řeči. Vznik je určen konvergencí dispozice a traumatu. Dispozicí se rozumí obecně nevyzrálост dětského mozku i období vývojových fyziologických obtíží v řeči; speciálně pak dráždivá slabost mluvního analyzátoru, podmíněná změnami organickými (difusními i lokalizovanými, vrozenými i získanými) i funkcionálními (překříženou dominancí, stavem non-dominance). Je tedy dispozice souhrn faktorů biologických. Vyvolávajícím momentem koktavosti je trauma řečové funkce; jde o faktory společenské, působící akutně nebo chronicky. Čím větší trauma, tím menší dispozice stačí ke vzniku koktavosti. Traumatizaci řečové funkce nastává její neurotizace: regrese na nižší spojová stadia, fixace příznaků na individuálně prožité životní situace, potencování a přibývání příznaků přenosem na situace obdobné. Je připojen pokus o vysvětlení patofyziologie a symptomatologie vycházející z faktu, že podkladem paroxysmu je patologické zvýšení dráždění i útlumu. Z poznané patogenesy vyplývají přirozené směrnice pro prevenci. Ta se koná v rodinách pedagogickou osvětou; nejlepší prevencí v mateřských školách je zavedený a osvědčený systém výchovy řeči.

LITERATURA

1. a) M. Nadoleczny ve své knize *Kurzes Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde*, Lipsko 1926), na str. 88 a dalších vypočítává nejrozumnější pojetí koktavosti, jako na př. neurosy z očekávání (Kraepelin, Isserlin), nutkavé neurosy (Trömmner), úzkostné neurosy (Frank, Hamburger), úzkostné hysterie (Steckel), asociální afasie (Höpfner) atd.;
- b) staršími teoriemi se zabývá zvláště A. Kussmaul (*Die Störungen der Sprache*, IV. vyd., Lipsko 1910, str. 248 a další);
- c) soupis nejnovějších názorů uvádí R. Luchsinger—G. Arnold (*Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde*, Vídeň 1949).
2. B. Dosužkov, *Příspěvek ke studiu pathogenesy psychoneurosy s hlediska učení o podmíněných reflexech*, Čsl. neurologie XX, 2, 102; 1957.
3. I. W. Karlin, *A psychosomatic theory of stuttering*. J. Speech Disorders, 12, 319; 1947. — K tomu Arnold (cit. sub 1c) podotýká, že pro tuto domněnku není histologických průkazů.
4. Poruchy extrapyramidové i jejich symptomy na řeči byly předmětem četných neurologických výzkumů (na př. Vogt, Förster a j.); už Schilder pro určitou dobu příznaků označil koktavost jako neurosu striata. Vycházejí z těchto skutečností vyslovil

- M. Seeman (*Poruchy dětské řeči*, Praha SZN 1955, str. 218) teorii o extrapyramidovém původu kóktavosti, kterážto teorie však nebyla obecně přijata (viz na př. E. Pichon—P. Borel—Maisonny, *Le bégaiement*, Paříž 1937, str. 45).
5. F. Brom, *Kóktavost z hlediska pavlovské reflexologie*, ČLČ, 91, 7, 202; 1952.
6. M. Sovák: *Význam společenské podmíněnosti dorozumívacího procesu v logopedii*. Čsl. logopedie, Praha, SPN 1956, str. 44.
7. M. Sovák: Úvodní slovo ke knize M. Filčíkové—Herfortové, *Výchova řeči u dětí předškolního věku*. Praha SPN 1957, str. 17.
8. Na př. a) H. Gutzmann sen. *Sprachheilkunde*, III. vyd. Berlin 1924) mluví o tělesných a duševních příčinách kóktavosti;
b) M. Nadoleczny (cit. sub 1a, str. 90—101) o idiotypických a paratypických příčinách; Karlin (cit. sub 3) rozeznává příčiny primární, tj. zpomalenou myelinisaci a sekundární, tj. nepříznivé vlivy duševní. M. Seeman (cit. sub 4, str. 210—215) uvádí příčiny vnitřní (dědičnost, konstituční zvláštnosti a — s výhradami — i leváctví) a zevní (infekční nemoci, ztížené nosní dýchání, určitá životní období, klimatické vlivy, zevní prostředí rodinné, duševní vzrušení, psychickou nákazu).
9. K. Henner, *Lokalisace v kůře mozkové podle zkušenosti v klinické neurologii*. Neurologie a psychiatrie čsl., XVII, 2, 68; 1954.
10. A. G. Ivanov—Smolenskij, (*Nárys pathofysiologie vyšší nervové činnosti*, český překlad — Praha ZN 1952) píše: »... Pavlov ... při popisu patologické labilnosti vzrušivého procesu nejednou poznamenal, že v klinické neurologii odpovídají těmto jevům stavy dráždivé slabosti...« (str. 136); jinde přímo uvádí »... projevy výbušnosti (dráždivé slabosti)...« (str. 82) a na jiném místě (str. 32) vysvětluje: »... kladný efekt je rychle vystřídán efektem útlumovým — typický projev tzv. dráždivé slabosti...«. Zde nutno uvést, že už Kussmaul (cit. sub 1b, str. 247) uvádí pozoruhodný názor: »... am häufigsten ist wohl das dauernde Stottern in einer angeborenen Schwäche der syllabären Koordinationsapparate begründet«.
11. R. Pearce, *Grossed Laterality* Arch. Dis. in Childhood, 28, str. 247; 1953.
12. O vztahu laterality a vývoje i patologie řeči pojednává u nás zvláště:
a) J. Vinař ml., *Ektodermomesenchymový vztah v neurologii*, Praha SZN 1949;
b) M. Sovák, *K problému levorukosti*. Jednotná škola XI, 2, 228; 1956;
c) M. Sovák, *K otázce vztahu levorukosti a poruch řeči*. Pedagogika VI, 5, 601; 1956 (zde uvedena další literatura).
13. M. Sovák, *Otiatrie a foniatrie ve službách školního lékařství*. Thom. sbírka předn. 241; 1946;
dále viz F. Brohm (cit. sub 5), který zjišťuje u kóktavosti poměr 49 % dětí nadprůměrně nadaných ku 30 % podprůměrným.
14. O příčinách neuros z hlediska Pavlovova učení viz zvl. příslušnou stať Knoblochovu v knize Knobloch—Wolf—Knoblochová—Šváb, *Neurosy*. Praha SZN 1956.
15. Popis některých případů toho druhu uvádí M. Sovák, *Logopedie I* (2. vyd.), učební text VŠP, Praha, SPN 1958.
16. M. Sovák, *O nepříznivém vlivu prostředí na kóktavost u dětí*. Uchylná mládež 19, str. 209; 1943.
17. Fixaci příznaků kóktavosti a upevnění traumatu vysvětluje též M. E. Chvatcev, *Logopedia*. Moskva 1951.
18. Cit. z autorovy statě uvedené v knize E. F. Hahn, *Stuttering*, Significant Theories and Therapies. Stanford 1947.

19. První pokus o výklad koktavosti podle učení Pavlovova u nás podal J. Hrbek (*O významu Pavlovovy reflexologie v klinické neurologii a psychologii*, Praha 1949, dále je to práce Brohmova (cit. sub 5), k níž velmi cenné diskusní příspěvky podali B. Došůžkov a J. Vinař ml. (ČLČ 91, 42, str. 1211—14; 1952); M. Seeman ve své monografii (cit. sub. 4) se snaží svou původní teorii o koktavosti jako dynamické poruše extrapyramidové (striatopalidové) oživit též učením o podmíněných reflexech. Ze sovětské literatury je pozoruhodná svým zaměřením kniha, kterou napsal N. P. Ťapugin (*Zajakavost', slovenský překlad, Bratislava SPN 1954*) a dále obšírná stat v knize Chvatcevové (cit. sub 18).
20. Na př. u Gutzmanna (cit. sub 8a), který krom vlastních případů toho druhu uvádí i některá zajímavá pozorování jiných autorů, na př. Coëna (str. 448—9).
21. L. Stein, *Speech and Voice*, Londýn 1947.
22. Podobné případy uvádí Nadoleczny (cit. sub 1, str. 106, 117).
23. Viz lit. sub 13) a 18); zajímavá sdělení přinesl F. Synek a) *Vyšetření laterality u 78 párů dvojčat*, b) *Úchytky ve výchovně vzdělávacím procesu pod zorným úhlem laterality* (přednášky na I. čs. konferenci defektologické; Sborník přednášek, t. č. v tisku).
24. Metodická příručka M. Filčíkové—Herfortové, (cit. sub 7).

Милош Совак

Патогенез и превенция заикания

Заикание — это нервоз детской речи, возникающий в период резких количественных и качественных изменений в развитии речи. Его возникновение определяется сближением (конвергенцией) предрасположения (диспозиции) и травмы. Под диспозицией обычно понимают незрелость детского мозга в период физиологических затруднений речи, связанных с процессом развития; в специальном смысле — раздражающую слабость анализатора речи, обусловленную органическими (дифузными и локализованными, прирожденными и приобретенными) и функциональными (извращенной доминацией, состоянием адоминации) изменениями. Диспозиция, следовательно, это совокупность биологических факторов. Моментом вызывающим заикание является травма речевой функции; это факторы общественного характера, действующие резко или хронически. Чем сильнее травма, тем меньшая диспозиция достаточна для возникновения заикания. Под влиянием травмы речевой функции возникает нервирование: регрес на низшие стадии связи, фиксация признаков на индивидуально пережитые жизненные положения, потенцирование и увеличение признаков путем переноса на аналогичные ситуации. Статья дополнена опытом патологического объяснения возникновения заикания и симптоматологии, исходящего из факта, что базой параксизма является патологическое повышение раздражения и торможения. На основе установленно патогенеза выводятся указания для превенции. Превенция осуществляется в семье путем педагогического просвещения; лучшим средством превенции в детских садах является введенная и оправдавшая себя система воспитания речи.

Miloš Sovák

Pathogenesis and Prevention of Stammering

Stammering is a neurosis of child speech arising in the period of violent quantitative and qualitative changes in the development of speech. Its origin is determined by the convergency of disposition and trauma. By »disposition« we mean the immaturity of the child's brain in general as well as the period in which physiological difficulties are encountered in speech development; more especially then the excitation weakness of the speech analyser, conditioned by organic changes (both diffused and localised, inborn and acquired) as well as by functional changes (crossed dominance, the state of non-dominance). Thus the »disposition« is the sum of biological factors. The evoking momentum of stammering is the trauma of speech function; here it is a question of social factors with an acute or chronic effect. The greater the trauma, the less disposition is sufficient to give rise to stammering. The traumatising of the speech function brings about its neurotisation: regression to lower link stages, fixation of the symptoms on the individually experienced life situations, potentiating and increasing the number of symptoms by transfer to similar situations. Attached is an attempt at a pathological explanation of the origin and symptomatology proceeding from the fact that the basis of paroxysm is the pathological increase in excitation and inhibition. The pathogenesis being thus known, natural directives for prevention result from it. This is done in families by spreading pedagogical knowledge; the best prevention in nursery schools is the established and successful system of education of speech.