



Особенности устной речи и деятельности заикающихся детей. Логопедическая карта обследования речи при заикании.

**Учитель-логопед МБОУ «СОШ №42»
Голубовская Е.В.**

Заикание-нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленной судорожным состоянием мышц речевого аппарата, т.е **заикание** –это нарушение плавности речи, когда запинки, повторение и растяжение слогов и звуков сопровождаются мышечным напряжением – судорогой произносительного аппарата. Говорящий с трудом передает сообщение, а собеседник испытывает напряжение, слушая его речь. Большинство современных исследователей сходятся во мнении, что заикание – внешнее проявление невротических, эмоциональных, речевых нарушений.

Заикание — *один из наиболее тяжелых дефектов речи. Оно трудно устранимо, травмирует психику ребенка, тормозит правильный ход его воспитания, мешает речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими, особенно в детском коллективе.*



Причины заикания у детей

В специальной литературе эти причины делят на три группы: физиологического, психологического и социального характера.

К физиологическим причинам заикания у детей относят: перенесенные заболевания с энцефалитическими осложнениями, внутриутробные, родовые травмы, часто с асфиксией, органические нарушения подкорковых отделов мозга, регулирующих движения, переутомление или истощение нервной системы вследствие перенесенных заболеваний, вызывающих ослабление центральных аппаратов речи (тиф, корь, коклюш, рахит, болезни органов внутренней секреции, нарушение обмена веществ, болезни речевых органов – носа, гортани, глотки, несовершенство звукопроизводительного аппарата в случаях дислалии, дизартрии, ЗПР).

К психическим и социальным причинам заикания относят: одномоментная или кратковременная психическая травма (страх, испуг); психическая травма длительного действия, вызванная неправильным воспитанием в семье – избалованность, императивным, неровным воспитанием, воспитанием «примерного» ребенка; хроническими конфликтными переживаниями; длительными отрицательными эмоциями в виде устойчивых психических напряжений или постоянных конфликтных ситуаций; тяжелая психическая травма, стрессы, вызывающие аффективную реакцию (ужас, чрезмерная радость);



исправление леворукости (вследствие постоянных напоминаний, требований может наступить психопатическое и невротическое состояние и возникнуть заикание, неправильное формирование речи в детстве: речь на вдохе, скороговорение, нарушение звукопроизношения, недостаточная работа родителей над формированием речи ребенка, быстрая нервная речь родителей, перегруз детей младшего возраста речевым материалом, несоответствующее возрасту усложнение речевого материала и мышления (абстрактные понятия, сложная конструкция фразы), подражание заикающимся (различают две формы такой речевой индукции: пассивная - ребенок непроизвольно начинает заикаться, слыша речь заикающегося; активная - он копирует речь заикающегося), излишняя строгость, суровость взрослых в отношении ребенка.

В клинической практике выделяют две формы заикания:

невротическое (логоневроз) и неврозоподобное.

Невротическое заикание развивается как на фоне легких остаточных явлений поражения головного мозга, так и без него. Оно может возникать под влиянием внезапной психической травмы (испуг, изменение привычной обстановки, разлука с родителями и т.п.) или длительной психотравмирующей ситуации (неправильное воспитание, конфликтные отношения в семье и др.). При невротическом заикании рано появляются сопутствующие насильственные движения. Характерно непостоянство его проявлений, а также сочетание с другими невротическими расстройствами (страхи, ночное недержание мочи, нарушения сна, общая раздражительность).

Неврозоподобное заикание развивается постепенно, на фоне последствий органического поражения ц.н.с. (например, при прогрессировании гидроцефалии), без связи с явной психотравмирующей ситуацией. Для него характерна выраженная судорожность речи, нередко в сочетании с тикообразными насильственными сокращениями мышц лица и рук.

Неврозоподобное заикание отличается стабильностью проявлений; при общении с окружающими у ребенка обычно отсутствует страх речи.

Факторами, способствующими возникновению заикания, являются семейная отягощенность патологией речи, и прежде всего заиканием, перегрузка ребенка информацией в период интенсивного развития у него речи, чрезмерная требовательность родителей к его речевой деятельности, использование в семье для общения двух языков, наличие заикающихся в окружении ребенка.



Симптомы заикания

Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Длительность их различна: от 0,2 до 90 секунд (в тяжелых случаях).

По типу судорог, периодически возникающих в различных отделах периферического речевого аппарата, различают *три формы (или вида)* заикания:

- клоническую,
- тоническую,
- смешанную.

По локализации :

- дыхательные,
- голосовые,
- артикуляционные и смешанные



Наиболее ранняя и легкая форма заикания — *клоническая*, при которой повторяются звуки или слоги (*к-к-к-кошка, б-б-б-ба-бушка, со-ба-ба-бака*).

При *клонических* судорогах наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений - мышц - клонус: "то-то-тополь".

Со временем она нередко переходит в более тяжелую форму — *тоническую*, при которой в речи появляются длительные остановки в начале или середине слова (*к...нижка, каранда...аш, зм...ея*).

При *тонических* судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц - тонус: "т-ополь" (черта после буквы обозначает судорожно-затянутое произношение соответствующего звука).

Встречается и смешанный вид заикания: *клоно-тонический* или *тоно-клонический* (по преобладающему характеру судорог).

Таким образом поражается весь дыхательно-голосово-артикуляционный аппарат.

В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают *дыхательные, голосовые и артикуляционные.*

При заикании отмечают 3 формы нарушения дыхания:

- экспираторная (судорожный выдох),
- инспираторная (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием)
- респираторная (судорожные вдох и выдох, иногда с разрывом слова).



Судороги в голосовом аппарате характеризуются следующим образом:

Смыкательная (судорожно сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться - голос внезапно прерывается или же образуется клоническая или затяжная судорога - получается прерывающийся блеющий ("А-а-а-аня") или толчкообразный гласный звук ("а-а-а-а").





Размыкательная (голосовая щель остается открытой - при этом наблюдается полное безмолвие или шепотная речь).

Вокальная, свойственная детям (протягивание гласных звуков).

В артикуляционном аппарате выделяют судороги :

- *Губные.*
- *Язычные.*
- *И мягкого неба.*





- Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных взрывных звуков (к, г, п, б, т, д);
- реже и менее напряженно - щелевых.

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечают:

- фонетико-фонематические
- и лексико-грамматические нарушения.

В проявлении заикания характерными являются различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть:

- *насильственными* (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица и шеи)
- и *произвольные уловки*.



К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою речь, т.е добавлять стереотипные слова или звуки, например: «а-а», «э-э», «ну», «ВОТ ЭТО», «ВОТ ТАК», «ЭТО», «ВОТ», «КАК ЭТО» и т. п.

*Такое явление называется **эмболофразией**.*



Еще одним из характерных симптомов заикания является страх перед речью, боязнь определенных звуков или слов, которые, по мнению заикающихся, особенно трудны для произнесения.

Это явление называется *логофобией*.



Все описанные виды симптоматики заикания очень *непостоянны, изменчивы*. Меняется вид заикания: то оно проявляется в повторении звуков или слогов, то во внезапных остановках, паузах.

Неустойчивыми оказываются и сопутствующие движения: исчезают одни и на их смену появляются новые.

Состояние заикания также постоянно меняется. Эти изменения связаны с самыми разнообразными обстоятельствами. Нередко отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность или вялость.

Появление заикания у детей влияет не только на речь детей, но и на их жизнь в целом. Дети очень часто стесняются проявлений своего заболевания. При первых появлениях заикания дети пытаются закрыть рот рукой, начинают нервничать. В дальнейшем, если дети не научатся справляться со своим заболеванием, это может привести к нежеланию детей идти на контакт, общаться со сверстниками, отвечать в школе у доски. Все это ведет к социальной дезорганизации детей, снижению их успеваемости в школе, появлению неврозов, хронических стрессовых ситуаций. Такое состояние носит название болезненной фиксации.



Принято выделять три степени фиксации

1. Нулевая степень фиксации- это когда:

Дети не испытывают ущемленность от осознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.



2. Умеренная степень болезненной фиксации.

Старшие школьники и подростки переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.



3. Выраженная степень болезненной фиксации.

Переживания по поводу своего дефекта выливаются в постоянное тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму своего дефекта. Чаще это - подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерна болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуацией.



Степени заикания

Различают 3 степени заикания:

- 1) *легкая* - заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро высказаться. В этом случае задержки легко преодолеваются, заикающиеся говорят, не стесняясь своего дефекта;
- 2) *средняя* - в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются. В эмоциональном состоянии проявляется сильное заикание;
- 3) *тяжелая* - заикаются в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями. Тяжелой считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения (зажмуривание глаз, моргание, раздувание крыльев носа (рефлекс Фрёшеля), опускание или откидывание головы, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, притопывание ногами, различные движения туловища) и эмболофразия .



Типы течения заикания

Выделяют следующие типы течения заикания:

- *постоянный* тип (заикание, возникнув, проявляется относительно постоянно в различных формах речи, ситуациях);
- *волнообразный* (заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает);
- *рецидивирующий* (исчезнув, заикание появляется вновь, т.е. наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинок речи). Также различают инициальное – заикание отмечается не более двух месяцев. Закрепившееся -более двух месяцев.



Первые признаки заикания

Чтобы вовремя помочь ребенку, очень важно не пропустить первые признаки заикания:

- если ребенок вдруг внезапно замолкает, отказывается говорить (это может длиться от двух часов до суток, после чего ребенок вновь начинает говорить, но уже заикаясь) - если успеть обратиться к специалисту до момента возникновения заикания, его можно предотвратить;
- употребление перед отдельными словами лишних звуков (а, и);
- повторение первых слогов или целых слов в начале фразы;
- вынужденные остановки в середине слова, фразы;
- затруднения перед началом речи.

Знание этих причин должно помочь родителям вовремя заметить тревожные признаки и своевременно обратиться к специалистам (психологу, психоневрологу, логопеду), поскольку *заикание легче предупредить, чем лечить.*

Особенности устной речи и деятельности заикающихся детей





1. Личностные особенности.

Многие заикающиеся дети школьного возраста характеризуются тревожностью, мнительностью, боязливостью, неуверенностью в своих силах, низкой самооценкой и боязнью речевого общения. Все эти особенности развития личности заикающихся приводят к нарушению социальной адаптации.



2. Особенности устной речи.

Известно, что в большинстве случаев заикание имеет место при усложненных формах устного общения. Речь идет об устных высказываниях, связанных с воспроизведением прошедших событий, прогнозированием и т. д. Как правило, заикания не возникает тогда, когда в процессе общения ребенок высказывается по поводу окружающих его предметов и выполняемых действий .

Известно, что овладение речью складывается из двух, параллельно протекающих процессов: усвоения ребенком языковых средств (произношение звуков, словарный запас, грамматический строй речи) и овладения умением пользоваться ими в условиях общения. Большинство заикающихся детей, обучающихся в общеобразовательной школе, располагают достаточным словарным фондом для обозначения предметов, их действий и качеств, владеют навыками конструирования основных типов предложений. Наиболее распространенным является нарушение свободного продуцирования отдельных высказываний (ответы на вопросы, реплики и т. п.) пароксизмом заикания. Причем чаще всего приступ заикания происходит при произнесении начала слова, возглавляющего фразу, синтагму. Повторение отдельных звуков и слогов, прерывистость речи наблюдаются также при выполнении детьми заданий, связанных с подбором (даже на уровне отдельных высказываний) определенных языковых средств.

Их ответам свойственны поспешность, неподготовленность, в результате чего происходит «застревание» на отдельных словах, «выпадение» отдельных слов и даже частей предложения. Это особенно наглядно проявляется в развернутых высказываниях, связанных с необходимостью обобщать, делать выводы, планировать собственную деятельность. Из-за характерного для ряда заикающихся многословия они иногда теряют логическую нить рассуждения; стремление же скорее выговориться мешает мысленно подготовить все высказываемое, отобрать необходимые для его реализации языковые средства, в высказываниях детей встречаются случаи своеобразного нарушения согласования, управления, порядка слов в предложении. Причем именно в этих случаях обычно фиксируются наиболее выраженные пароксизмы заикания. Таким образом, наличие пароксизма заикания, сопровождающего поиск языковых средств, составляет одно из специфических проявлений данного дефекта.

Именно в такой ситуации и возникает, как правило, усиление заикания.

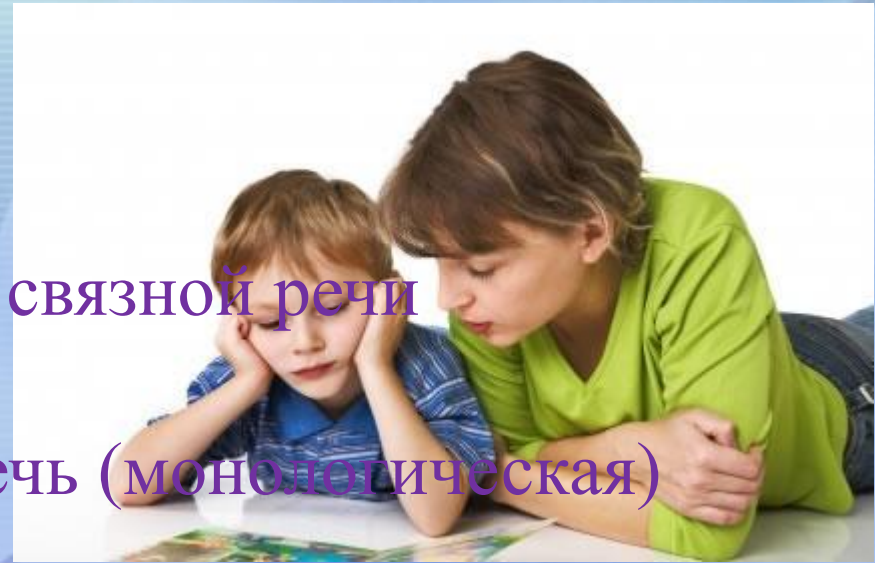
Оно усиливается также, если устное общение проходит в условиях, отличающихся от привычных: изменяется форма опроса; учащимся предлагается внезапный вопрос, к ответу на который они не успели подготовиться; в ходе урока имеет место длительное ожидание вызова к доске, а также при недостаточно корректном отношении учителя к заикающимся. Затруднения в продуцировании связных высказываний, фиксируемые у заикающихся учащихся, имеют специфические особенности. Они резче выражены, носят более стойкий характер и обнаруживают большую зависимость от условий общения, вида содержания учебной деятельности. В связи с этим у части заикающихся отмечаются своеобразные трудности в усвоении (на уровне реализации знаний) учебного материала, таких разделов программы, как «Связная речь» и «Чтение», т.е. тех, где учащиеся должны проявлять умение подробно или сжато передать содержание прочитанного текста, картины и т.п.

Каковы же особенности связной речи заикающихся?

Как известно, связная речь (монологическая) имеет много форм.

Имеются ввиду:

- рассказы о виденном и пережитом;
- сравнительное описание предметов и явлений;
- пересказы прочитанного;
- рассказы по картинкам, а также выводы, доказательства и т. п.



Прежде всего обращает на себя внимание различное количество запинок в высказываниях содержанием которых являются мыслительные операции (в данном случае — операция сравнения), а также в высказываниях, содержащих личностную оценку собственного поведения. Аналогичная картина наблюдается особенно в тех случаях, когда ученик недостаточно усвоил материал урока.

При этом, естественно, большое значение имеют индивидуальные особенности заикающихся детей, которые в конечном счете и определяют их реакции на воздействия различных ситуативных факторов. Индивидуальные особенности, свойства личности заикающегося ребенка находят свое яркое отражение в устной речи, поведении и деятельности в целом.



3. Особенности письменной речи.

На совершенствование коммуникативной функции речи в период обучения в школе большое влияние оказывает школьное обучение, в частности овладение ребенком письменной речью. Именно усвоение письменной речи, для которой характерны развернутость, необходимая последовательность и структурная сложность, способствует развитию всех функций речи (обмен информацией, регулятивная функция, саморегуляция).

В письменных работах заикающихся школьников наблюдаются разнообразные ошибки:

- нарушения начертания букв, их пространственного расположения;
- ошибки, обусловленные недостаточным усвоением правил орфографии, пунктуации.

На этом пестром и колеблющемся фоне стабильно выделяются определенные ошибки. *Частыми являются разнообразные нарушения структуры записываемого слова.*

В письме заикающихся учащихся часто встречаются *исправления, зачеркивания*. Действуя импульсивно, заикающиеся учащиеся нередко допускают ошибки, которые сами же корректируют по ходу написания.

Чтение заикающихся учащихся также характеризуется рядом специфических особенностей.



- Обычно такие дети читают в быстром темпе,
- не договаривая окончаний, а иногда и целые слова.
- Исследователи отмечают наличие чтения по догадке, что приводит к искажению смысла фразы и даже всего читаемого текста.
- Чтение прерывается многочисленными запинками и паузами и, как правило, лишено выразительности.



4. Особенности учебной деятельности.

Одна из самых характерных особенностей учебной деятельности заикающихся — *ее неустойчивость*.

У разных детей данное свойство деятельности проявляется по-своему в самых различных формах.

Это может быть *импульсивность и общая неорганизованность* работы вследствие неумения анализировать образец, инструкцию, предварительно обдумывать свою деятельность, планировать последовательное выполнение всех ее этапов.

Это может *быть отвлекаемость и неумение проявить волевое усилие* для преодоления встречающихся в процессе деятельности трудностей.

У заикающихся детей *сравнительно медленно и с трудом формируются разные формы ориентации и контроля.*

Известно, что в школьном возрасте отмечается несколько пиков усиления проявлений заикания.

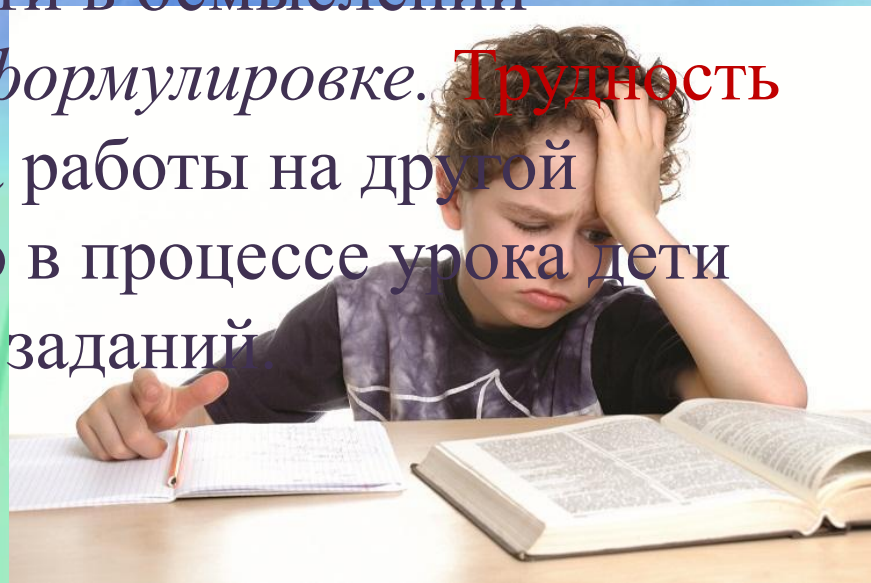
Обычно *первый* из них связывают с поступлением заикающегося ребенка в школу, в новый коллектив (ухудшение речи, причем даже у тех, кто ранее посещал логопедические занятия.) Происходит это вследствие ряда обстоятельств. С поступлением в школу претерпевают изменения (в ряде случаев весьма резкие) и образ жизни, и, главное, виды деятельности ребенка.

Так как в младшем школьном возрасте ведущей становится учебная деятельность, осуществляемая под руководством учителя. Заикающийся ребенок встречается не только с новым видом деятельности, но и с новым для него видом общения, весьма сложным как по форме, так и по содержанию. Известно, что основной формой общения являются развернутые рассуждения. *Естественно, что адаптация к новым для детей видам деятельности — учебной и речевой — происходит у большинства заикающихся школьников с известными трудностями, а порой и осложнениями.*

Второй пик усиления заикания отмечается в возрасте 11—14 лет. Этот пик обусловлен *эмоционально-гормональными сдвигами*. Одной из самых характерных особенностей учебной деятельности заикающихся детей младшего школьного возраста является *повышенная отвлекаемость, рассеивание внимания*. Наблюдается *зависимость качества учебной работы от условий, в которых она протекает*. Так, при четкой организации учебной работы, заикающиеся дети могут проявить достаточную сосредоточенность. Изменение же привычных условий вызывает у большинства из них *неустойчивость деятельности*.

Заикающиеся учащиеся испытывают затруднения при выполнении заданий, связанных с переключением с одного вида деятельности на другой.

Следствием низкой способности к переключению внимания можно считать также возникающие у заикающихся детей трудности в осмыслении вопросов, заданных в *иной формулировке*. **Трудность** переключения с одного вида работы на другой выражается также в том, что в процессе урока дети не всегда улавливают смену заданий.



У некоторых заикающихся школьников (особенно у тех, кто имеет отклонения в речевом развитии) наблюдается неумение самостоятельно проконтролировать результаты как собственной, так и чужой работы. Они с трудом анализируют образец, с трудом находят и сопоставляют ошибки при списывании текста. Эти дети испытывают также определенные трудности в процессе оценки только что выполненных устных упражнений, когда нужно, обдумывая собственный ответ и приготовив соответствующие примеры, следить за ответами своих товарищей, помогать им в случае затруднений, исправлять неправильные ответы.

**Обследование заикающихся должно
быть комплексным.**



Оно должно включать психолого-педагогическое и логопедическое изучение заикающегося ребенка, а также анализ результатов медицинского обследования.

Основы методики логопедического обследования заикающихся и способы регистрации его результатов можно представить следующей схемой:

I. Анкетные данные:

1. Фамилия, имя, отчество обследуемого.
2. Дата рождения (год, месяц, число).
3. Домашний адрес, телефон.
4. Где воспитывается или обучается ребенок.
5. Фамилия, имя, отчество родителей, их возраст, профессия, место работы.
6. Состав семьи.
7. Жалобы, предъявляемые родителями.

II. Сбор анамнестических сведений

1. Наследственность.

2. Беременность и роды у матери.

3. Период до 1-го года.

4. Период дошкольного возраста.

• Речевой анамнез

• Условия воспитания ребенка

• Развитие заикания

• Психологический климат в семье,
особенности взаимоотношений

III. Анализ заключения специалистов

IV. Психолого-педагогическая характеристика заикающегося ребенка

V. Состояние общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики

- 1. Статическая координация*
- 2. Динамическая координация*
- 3. Одновременность движений*

- 4. Процедура обследования тонких движений пальцев рук*
- 5. Процедура обследования произвольных мимических движений*
- 6. Процедура обследования артикуляционной моторики*

VI. Обследование речевой функции

1. Анатомическое строение органов артикуляции (норма или патология; если патология — указать какая).
2. Характеристика звукопроизношения (искажение, отсутствие, замены, смешение звуков) и фонематического слуха, состояние слоговой структуры слова, анализа и синтеза звукового состава слова.
3. Лексический строй речи — количественная и качественные характеристики словаря.
4. Грамматическое оформление речи (типы употребляемых предложений, наличие аграмматизмов, их проявления; сформированность связной речи).
5. Особенности речевого поведения. Анализируются контактность, речевая активность, включаемость в общение, сдержанность, импульсивность, характер реакции на изменение обстановки (динамичность и своевременность речевых процессов, переключаемость при изменении тематики общения), организованность речи.

6. Темп речи
7. Голос
8. Дыхание
9. Выраженность заикания в различных видах речи:
10. Тип речевых судорог
11. Локализация судорог
12. Наличие трудных звуков (звукофобия).
13. Наличие речевых уловок: (замены слов; перестановки слов; эмболофразии; произвольное ограничение речевого общения).
14. Наличие насильственных движений и их характер
15. Факторы, усиливающие заикание: волнение; утомление; беседы с незнакомыми; шум; самоконтроль и пр.
16. Факторы, улучшающие речь: шум; самоконтроль; переключение внимания, сочетание речи с движением.
17. Отношение к речевому дефекту: адекватное; неадекватное; сверхценное.
18. Наличие страха речи: избирательно ситуационный; генерализованный и пр.
19. Наличие периодов речи без заикания: регулярность, продолжительность.
20. Влияние эмоционального состояния на проявление заикания.
21. Течение заикания: прогрессивное; регрессивное; стационарное; волнообразное.
22. Сопутствующие заиканию другие дефекты речи.
23. Определение степени выраженности речевых судорог: легкая степень; средней степени тяжести; тяжелая степень заикания; речь практически невозможна из-за заикания

VI. Письмо

VII. Чтение

Заключение _____

Рекомендации _____

Результаты обследования заикающегося обобщаются логопедом в виде психолого-педагогического заключения. В заключении необходимо отразить обобщенные данные всех аспектов изучения заикающегося, которые позволили выявить те или иные отклонения от нормы.

В заключении логопед отражает:

- наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);
- форма заикания (тоническая, клоническая, смешанная);
- вид судорог (дыхательный, голосовой, артикуляторный, смешанный);
- степень заикания (легкая, средняя, тяжелая);
- темп речи (замедленный, ускоренный, скороговорение, наличие тахилалии);
- состояние моторной функции;
- зависимость проявления судорог от эмоционального состояния; наличие волнения в процессе заикания, реакция на волнение;
- наличие страха речи;
- двигательные и речевые уловки, эмболофразия, изменение стиля речи;
- наличие других дефектов речи (дислалия, стертая форма дизартрии, ОНР);
- индивидуально-психологические особенности заикающегося, характер игровой деятельности, отношение к учебной деятельности;
- круг ситуаций, в которых проявляется заикание (во всех, в большинстве, в некоторых).

Таким образом, логопед имеет возможность квалифицировать клиническую форму заикания: невротическую, неврозоподобную, смешанную.

Выдержки из заключений:

Пример 1

Заикание началось остро, после испуга в 2 года 5 мес., на фоне нормального психомоторного развития ребенка. Развитие звукопроизносительной и лексико-грамматической сторон речи соответствует возрасту. Заикание тоно-клонического типа, артикуляторно-дыхательной формы, выраженное в средней степени тяжести. Невротическая форма заикания.

Пример 2

В соответствии с медицинской документацией у ребенка отмечаются резидуальные явления органического поражения ЦНС. Заикание появилось постепенно на фоне некоторой задержки психомоторного и речевого развития в 3 года 10 мес. Заикание тоно-клонического типа, дыхательно-артикуляторно-голосовой формы, выражено в легкой степени. Явления стертой формы дизартрии. Неврозоподобная форма заикания.



Спасибо за внимание!