

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ С ЗАЙКАНИЕМ

Комплексный подход

Обследование заикающихся должно включать:

1. психолого-педагогическое изучение заикающегося;
2. логопедическое изучение заикающегося;
3. анализ результатов медицинского обследования.

Специалисты участвующие в обследовании

1. Невролог - определяет соматическое, неврологическое и психическое состояние заикающегося. Назначает ЭЭГ и описывает результаты. Назначает медикаментозное лечение.
2. Психолог - проводит обследование эмоционально-волевой сферы (определяет: наличие тревожности, страхов, сформированность психических процессов). Проводит диагностику семейных отношений.
3. Логопед - обследует состояние речи заикающегося, особенности его личности, моторику.

Прежде чем логопед приступает к обследованию, он тщательно должен изучить медицинскую и психолого-педагогическую документацию.

Логопедическое обследование

1. Сбор анамнестических данных;
2. Обследование состояния речи и моторики;
3. Изучение личностных особенностей заикающегося.

Заключение обследования - составление характеристики речевого состояния — так называемого “речевого статуса”

Анкетные данные

1. ФИО обследуемого.
2. Дата рождения (год, месяц, число).
3. Домашний адрес, телефон.
4. Где воспитывается или обучается ребенок: дома, в детском саду, школе (общеобразовательной или специальной), сроки пребывания в них. Место учебы или работы подростка и взрослого.
5. ФИО родителей, их возраст, профессия, место работы.
6. Состав семьи.
7. Жалобы, предъявляемые родителями (воспитателями, учителями или самими заикающимися).

А. Сбор анамнестических сведений

1. Сведения о семье (наследственность (нервно-психические заболевания в семье, ускоренный темп речи/заикание у родственников, эпилепсия) наличие двуязычия, наличие других детей, психологический климат в семье, полная ли семья;
2. Течение беременности и родов;
3. Ранее развитие: психо-моторное развитие ребенка, особенности бодрствования и сна, особенности эмоциональной сферы ребенка, наличие травм ГМ, перенесенные заболевания, процесс адаптации в ДОУ;

Речевой онтогенез:

1. Время появления гуления и лепета;
2. Время появления первых слов;
3. Время появления простой фразы;
4. Время появления развернутой фразовой речи, какие наблюдались затруднения при переходе к фразовой речи;
5. Наличие, выраженность и сроки итераций.

Условия воспитания ребенка:

1. Социальная среда (где ребенок воспитывался — в Доме ребенка, детских яслях или детском саду с дневным или круглосуточным пребыванием, дома с матерью, бабушкой);
2. Особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией; при наличии двуязычия — какой язык преобладает в общении;
3. Особенности речевого общения с ребенком, недостаточность речевого общения, стимуляция речевого развития ребенка (в каком объеме читалась детская литература, соответствовала ли она возрасту; с какого возраста разучивались стихи, песни; насколько быстро запоминал, в каком объеме);
4. Культурно-бытовые условия в семье.

Развитие заикания:

1. Возраст, в котором появилось заикание.
2. Предполагаемые причины и характер возникновения заикания (остро, психогенно, без видимой причины и пр.).
3. Наличие периода мутизма.
4. Как протекает заикание: постоянно присутствует в речи или нет.
5. В каких условиях облегчается — ухудшается речь.
6. Изменилось ли поведение ребенка с момента появления заикания и в чем это выразилось (состояние аппетита, сна, настроения, появление капризов, негативизма, страхов, энуреза и пр.).
7. Отношение ребенка к своему речевому дефекту.
8. Какие меры принимались для устранения речевого дефекта.
9. Отношение членов семьи к речевому дефекту заикающегося.

Для детей дошкольного возраста необходимы следующие дополнительные сведения:

- Отмечаются ли в поведении ребенка плаксивость, раздражительность, капризность (т.е. эмоциональная неустойчивость).
- Есть ли у ребенка черты боязливости, пугливости.
- Уровень развития игровой деятельности ребенка.
- Склонность ребенка к определенным играм.
- Комментирует ли ребенок свои действия в играх или играет молча.
- Предпочитает играть в одиночестве или в коллективе детей.
- Проявляется ли заикание в игре наедине с собой, со сверстниками.
- Как протекает заикание (утяжеляется ли с возрастом или проявляется реже, чем раньше).

Для детей школьного возраста необходимы следующие дополнительные сведения:

- Было ли утяжеление или рецидив заикания при поступлении в школу.
- Адаптация в школе.
- Как проявляется заикание в учебных ситуациях (ответ с места и у доски, переход на письменный ответ и т.п.). Какой из способов ответа на уроке предпочитается ребенком.
- Успеваемость. Влияет ли речь на успеваемость.
- Характер контактов со сверстниками.
- Характер взаимоотношений с родителями.
- Наличие “трудных” звуков и страха перед речью.

Для подростков и взрослых заикающихся:

- Наличие логофобии и возраст, в котором она появилась.
- Какие меры принимались для коррекции заикания.
- Какие приемы использовались в целях уменьшения речевых судорог и страха речи.

Анализ заключения специалистов

1. Анализируются состояние интеллекта, слуха и зрения (заключение специалистов: психоневролога, отоларинголога, офтальмолога)
2. Анализируются данные, представленные воспитателем, психологом, музыкальным руководителем детского сада.

В. Объективное обследование

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

- ✓ Статическая координация;
- ✓ Динамическая координация;
- ✓ Одновременность движений;
- ✓ Состояние мелкой моторики;
- ✓ Мимические движения;
- ✓ Артикуляционная моторика.

Обследование речевой функции

1. Строение органов артикуляции и их подвижность, звукопроизношение, ЛГСР;
2. Особенности речевого поведения (контактность, речевая активность, характер реакции на изменение обстановки (динамичность и своевременность речевых процессов, переключаемость при изменении тематики общения).
3. Темп речи, голос, дыхание;
4. Выраженность заикания в различных видах речи: в сопряженной речи; в отраженной речи; в шепотной речи; в автоматизированных рядах; при чтении стихов; при чтении прозы; в вопросно-ответной речи; в рассказе по заданной теме; при пересказе прочитанного; в спонтанной речи.

Чтобы увидеть истинную картину 3, обследование ребенка следует начать со СПОНТАННОЙ РЕЧИ.

5. Тип речевых судорог;
6. Локализация судорог;
7. Наличие трудных звуков (звукофобия);
8. Наличие эмоционально значимых речевых ситуаций (подробно перечислить данные ситуации).
9. Наличие речевых уловок: (замены слов; перестановки слов; эмболофразии; произвольное ограничение речевого общения).
10. Наличие насильственных содружественных движений и их характер.
11. Субъективные ощущения, испытываемые заикающимся в момент речевых затруднений (Эти данные выясняются только у подростков и взрослых.)

12. Факторы, усиливающие заикание: волнение, утомление, беседы с незнакомыми, шум, самоконтроль и пр. (для взрослых — алкоголизация);
13. Факторы, улучшающие речь: шум, самоконтроль, переключение внимания, сочетание речи с движением;
14. Реакция на помощь собеседника;
15. Отношение к речевому дефекту: адекватное; неадекватное; сверхценное;
16. Наличие страха речи: избирательно ситуационный; генерализованный и пр.;
17. Наличие периодов речи без заикания: регулярность, продолжительность;
18. Влияние эмоционального состояния на проявление заикания;
19. Течение заикания: прогрессивное; регрессивное; стационарное; волнообразное.

Психолого-педагогическая характеристика заикающегося ребенка

- Характеристика работоспособности и особенностей усвоения знаний;
- Характер трудовой и игровой деятельности;
- Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы;
- Характерологические особенности ребенка;
- Состояние психических функций (восприятие, внимание, память, мышление).

Заключение

- ✓ наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);
- ✓ особенности речевого и моторного онтогенеза;
- ✓ значение психогении в возникновении заикания;
- ✓ возраст появления заикания;
- ✓ тяжесть заикания;
- ✓ тип и локализация судорог;
- ✓ зависимость проявления судорог от эмоционального состояния;
- ✓ наличие страха речи;
- ✓ течение заикания;
- ✓ наличие других дефектов речи.

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

Пример 1 Ф.И.О. 2 года 8 мес.

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 Ф.И.О, 4 года 1 мес.

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.

Заключение (Волкова)

- форма заикания (тоническая, клоническая, смешанная),
- вид судорог (дыхательный, голосовой, артикуляторный, смешанный),
- степень заикания (легкая, средняя, тяжелая),
- темп речи (замедленный, ускоренный, скороговорение, наличие тахилалии),
- сопутствующие заиканию дислалия, стертая форма дизартрии, общее недоразвитие речи,
- состояние моторной функции,
- наличие и выраженность психических симптомов заикания.

Пример

Заикание тонической формы, судороги дыхательно-голосовые средней степени выраженности, общительность не устойчивая, раздражительность полная, моторно напряжен, сопутствующие движения (притоптывает). Эмболофразии «а вот», судороги в речи замечает, но не переживает об их наличии; эмоциональные реакции повышены и неустойчивы. Стертая псевдобульбарная дизартрия: призубный сигматизм звуков Ж и Ш, велярный ротацизм. Недоразвитие сложных форм фонематического анализа.

Речевой диагноз

1. Невротическая форма заикания, дислалия.
2. ОНР 3, неврозоподобная форма заикания, стертая дизартрия.

Прогноз преодоления заикания

- Чем моложе возраст, чем активнее и жизнерадостнее общее поведение, чем меньше отделов речевого аппарата захвачено судорогой и чем слабее сама судорога, чем меньше психических наслоений, тем прогноз благоприятнее.
- Успешнее устраняются судороги дыхательные, чем голосовые, клонические формы исчезают легче, чем тонические.
- Наиболее благоприятным является возраст 2—4 года .
- Наименее благоприятным оказывается возраст 10—16 лет, пубертатный период.

В большинстве случаев прогноз при заикании благоприятный и социальная адаптация заикающихся осуществляется в достаточно высокой степени.