

Статията е публикувана и се цитира като:

Бояджиева-Делева, Е. (2010), Подготвителен период на логопедичната терапия при заекващи в начална училищна възраст. – *Специална педагогика*, 2010, бр. 2, ISSN: 1310-7003, с. 47-59.

**Подготвителен период на логопедичната терапия при заекващи в
начална училищна възраст**

ас. Елена Бояджиева-Делева
СУ „Св. Климент Охридски”, ФНПП

**Preparatory Period of Speech Therapy of Stuttering Children at Primary
school Age**

Assist. Prof. Elena Boyadjieva-Deleva
SU “St. Kliment Ohridski”, FPPE

Abstract: This article aims to reveal some of the aspects of the organization of the preparatory stage in the therapy of primary school-aged stuttering children. As a complex problem, stuttering requires a complex therapy. Many authors in the Eastern, medical model, describe a stage called “silence stage” or “regime”. It is usually applied in the therapy of adults, but it also has its place in some of the therapeutic systems for primary school aged children. When organized to prepare and support the initial part of the therapy of stuttering children, this stage has its key moments: a diagnostic part, reorganization of home environment and parents-children relations, elements of specific speech therapy, behavioral and psychological therapy etc.

Заекването е комплексно нарушение, което е предизвиквало и продължава да провокира диагностичното любопитство и терапевтичната креативност на специалисти от различни области. По същността си то е общоговорно (цялостно говорно) нарушение, засягащо плавното превключване и координация между процесите на дишане, фонация и артикулация. Демонстрира се най-силно на прозодично равнище с неадекватно паузиране, неравномерни темп, ритъм и интонация. Изявява се като накъсан, мъчителен, спазматичен, неразбираем и неплавен говор, придружен от силно физическо напрежение. При описанието на симптомите на заекването Sheehan (по Беллетис, Е. Т., 2001) си служи с метафората за айсберга – на повърхността се вижда само малка част от симптомите (нарушената говорна продукция, спазмите, блокажите, вмъкванията, емболите, гримасите и тиковете, „видимата” част от нарушението), докато същинската част от проблема се намира „под повърхността”, в сферата на емоционалното и психическото - страх, срам, вина, тревожност, изкривена самоидентификация, мъчителни и неприятни преживявания, свързани с вербалното поведение и встъпването в устна комуникация. Според V. Ripper (по Георгиева, Д., 2000)

комплексността на заекването се състои в тясното комбиниране на речеви и поведенчески нарушения.

Съществуват много теории, обясняващи етиопатогенезата на заекването. Най-общо те се групират в три направления – лингвистично, психологическо и неврологично (или органично; неврофизиологично; физиологично, Георгиева, Д., 2000; Ценова, Ц., 2009). Според представители на последното направление, за възникването на заекването първостепенна роля има нарушеното равновесие между нервните процеси в кората на главния мозък. Нервният срив в дейността на двете полукълба може да бъде обусловен както от състоянието на нервната система и предразположеността ѝ към отклонение от нормата, така и от биологични фактори и фактори на средата (Поварова, И. А., 2000). Подобен срив на нервната дейност може да бъде предизвикан и от нарушение на взаимодействието кора – подкорие, предполагаемо билатерално представителство на речевите зони в кората на главния мозък, дисфункции на стриопалидарната система и др. Представителите на лингвистичното направление разглеждат фактори като начало и равнище на езиковото развитие, връзка между мисъл и език, организация на езиковата система и др. като основни за появата и развитието на заекване. Психологическите теории обясняват произхода и проявите на нарушението от гледна точка на поведението на заекващите в процеса на комуникация. Известни са множество и разнообразни теории в рамките на психологическото направление – персеверативна, за нарушената саморегулация, за механизма на регулация на дистанцията, за заекването като системна речедвигателна невроза, психоаналитични интерпретации и др. (Георгиева, Д., 2000). Общото между всички тях е, че в основата на нарушеното говорно и комуникативно поведение стоят психогенни фактори, причиняващи разстройство и дисфункции на различни равнища на психичното и личностното функциониране.

Независимо от различните си интерпретации, повечето теории са единодушни по отношение на комплексността в етиологичните причини за заекването и разпределянето им в 3 основни, съчетаващи се, групи – предразполагащи (благоприятстващи), предизвикващи (или отключващи) и поддържащи (или водещи до хроничност и усилващи). Успоредно с тях се коментират наследственият фактор, подражанието и неизяснените причини.

Най-често заекването възниква у деца на възраст между 2 и 5 години, като съвпада с периода на интензивно езиково и говорно развитие. Това е и възрастта, в която децата още не са изградили система за самоконтрол над говорния процес, като той остава в сферата на неосъзнатото. Аналогично, в началото на появата на заекване липсват както съзнание за проблема, така и емоционална реакция. Механизъм за фиксиране на заекването е привличането на вниманието от страна на възрастните над спазмите и постоянните забележки по адрес на детето и говора му. Повечето руски автори (Ляпидевский, по Георгиева, Д., 2000; Миссуловин, Л. Я., 1988; Селиверстов, В. И., 2000 и др.) твърдят, че възникналият недостатък с течение на времето и под влиянието на постоянните поправки на околните се фиксира по механизма на условно-рефлекторните връзки. Друг сензитивен период по отношение на говорния процес и речевите възможности е постъпването в първи клас. Тръгването на училище предявява нови и доста по-високи изисквания към детето. То поема нова социална роля – вече е ученик, като от това следва рязка

промяна както на задълженията, така и на дневния режим. Това е период на известна несигурност, на повишено напрежение и стрес, които могат да предизвикат появата на заекване при наличието на определени предразполагащи причини. Ако детето вече заеква, то се наблюдава усилване и задълбочаване на симптомите, особено интензивно и явно през първата година.

Често говорните трудности предизвикват повишаване на нервното напрежение, като така способстват за поява на сериозни психически травми, които могат да доведат до чувство за непълноценност, досада, безпомощност и други отрицателни емоции (Поварова, И. А., 2000). Така наречените в руските източници „вторични психични наслоения” (Миссуловин, Л. Я., 1988 и др.) са характерни не толкова за ранното детство, колкото за периода на начална училищна възраст, когато започват да се „образуват”, и са типични за възрастни заекващи. Според Д. Георгиева (2000) заекващите стават чувствителни по отношение на говорния си недостатък след 10-годишна възраст, като същевременно тогава е възможно да настъпи и спонтанно възстановяване на нарушението. По-малките деца обикновено не отдават значение на проблема и не се смущават от него. Според модела на Sheehan (по Беллетис, Е. Т., 2001), докато през първите месеци и години „видимата” част на нарушението е по-голямата, а скритата се състои само в неопределени чувства и преживявания около речевия проблем, то в училищна възраст съотношението между скритата и откритата част се променя за сметка на силно нарастване на първата. „Неопределените чувства и преживявания вече се очертават като диференцирани – тревожност, безпокойство, срам, страх, отбягване на определени говорни ситуации” (Беллетис, Е. Т., 2001, стр. 6). В периода на осъзнаване на нарушението настъпват промени в психическото развитие и социалното поведение, като все повече се задълбочават скритите пластове – тревожност, срам, чувство за вина, гняв и озлобление. У възрастните отрицателните емоции, свързани с вербалното общуване, могат да доведат до ограничаване на възможностите (мисли от типа „не ме разбират”, „няма да се справя”, „никой няма да ме търпи” и др.), а оттам и до ограничаване на социалните контакти, затваряне в собствен свят, снижаване на социалната активност. Според Миссуловин (1988) в резултат възниква логоневроза, която усилва заекването и още повече затруднява речевото общуване. Разбира се, това твърдение не е валидно за всички случаи на заекване. Според Ц. Ценова (2009), „има силни личности, които въпреки сериозния речев проблем имат високо самочувствие и висока социална реализация.” (стр. 95). При повечето заекващи обаче вторичните психични нарушения се фиксират и водят до трайни промени в характера и негативно, враждебно отношение към околните и средата, или до пасивност, уязвимост, ранимост.

Сложната структура на заекването като комуникативно нарушение, включващо симптоми, освен на езиково и говорно, и на психично и емоционално равнище, предполага и сложно структуриране на терапевтичните мерки. Известно е, че методите и системите за терапия на заекването са поне толкова, колкото са и авторите, занимаващи се с него (Хватцев, М., по Иванов, В., 1973). Общото и характерното за почти всички системи за терапия на заекването са етапната организацията на процеса и комплексното въздействие, включващо както специфична говорна и/или езикова терапия, така и прилагане на

психотерапевтични средства, моделиране на емоционалното и психическото състояние посредством определени средови въздействия. Така терапията на заекването се оказва универсална, включваща задължително определени характерни процедури, независимо от различния подход на прилагането им.

В много от системите за терапия на заекването, и основно в комплексния метод на Хватцев (по Аргирова, В., Ат. Талев, 1978), първият етап представлява период на мълчание. В много разработки той е наречен „лечебно мълчание” (Влаев, Ст., 1974), „режим на мълчание” (Аргирова, В., Ат. Талев, 1978; Влаев, Ст., 1974) поради съпътстващите го специфична организация на дейностите и дневния режим. Режимът на мълчание е част от терапевтичните системи, почиващи върху разбирането за заекването като проява на срыв във висшата нервна дейност и регулацията на говорния процес. „Детето заеква не защото говорният апарат се е преуморил, а защото превъзбудената психика, психическото напрежение довежда до гърч на речевите мускули. Говоренето със заекване довежда до създаване на болестен стереотип на говорене. По време на лечебното мълчание се преодолява именно изграждането (му)” (Влаев, Ст., 1974, стр. 41). На базата на тези разбирания организацията на терапевтичен етап на мълчание е присъща основно на системите в рамките на медицинския модел, и то основно при източните представители на модела. Описание на етап или режим на мълчание липсва в системите от социално-поведенческият модел, където терапевтичните мерки са насочени към коригиране на психическите и вербално-поведенческите симптоми чрез редуциране, коригиране, идентифициране, модифициране, десенсибилизация и самоконтрол (Георгиева, Д., 2000; Ценова, Ц., 2009; Bloodstein, O., 1984; Shames, G. H., E. H. Wiig, 1982).

Режимът на мълчание представлява период на ограничаване на говорната активност за определено време. Според Н. П. Тяпугин (1960) режимът включва пълно мълчание за период от 7 до 10 дни, като изключение правят само логопедичните упражнения в кабинета и в домашни условия. Други автори (Волкова, Г. А., 2003; Крапивина, Л. М., 2003; Лалова, В., 2003) са на мнение, че мълчанието трябва да обхваща и част от логопедичните упражнения в кабинета и у дома, като продължителността на етапа трябва да е между 6 и 8 сеанса от 40 минути за терапията и общо около 3 седмици. При деца и подрастващи режимът се организира чрез пълна изолация от обичайната среда и формиране на група заекващи – в детско или болнично заведение, стационар, балнеолечебен център (Аргирова, В., Ат. Талев, 1978; Крапивина, Л. М., 2003). Прекъсват се всички връзки с външния свят, забраняват се свижданията и разговорите по телефона. Уговарят се несловесни начини за контакт между членовете на групата и с персонала. Едновременно със строгото мълчание и съблюдаването на режимните моменти, децата прослушват речеви образци и изпълняват различни по сложност инструкции, което развива пасивния им речник. Според Ст. Влаев (1974), режимът е не на абсолютно, а на относително мълчание, като основното е, че се налага само в домашна среда, където се създава атмосфера на спокойствие и недразнене. Това е и период на прекъсване на посещенията на детската градина или училището. Режимът продължава 30 дни, като се придружава от медикаментозно лечение. Според автора, ако след първите 30 дни и връщането в детското заведение заекването се прояви отново, курсът на лечение и мълчание трябва да се повтори за нови 30 дни. Има и автори, които отричат напълно необходимостта от подобен етап

в терапията при деца. Според Л. Я. Миссуловин (1988), малките деца не са в състояние да спазват режим на мълчание, поради което за тях е достатъчно приложението на общоразвиващи упражнения, когнитивна и езикова терапия. Режимът на мълчание, според автора, е отделен етап в терапията, но с подрастващи и възрастни, в условията на стационар. Авторите са единодушни, че режимът на мълчание е изключително труден за спазване от деца в предучилищна възраст. Затова най-ранната възраст на прилагането му е начално-училищната, когато е постигнато определено равнище на зрелост на процесите на саморегулация. Друг ключов момент е, че най-подходящо е режимът да се организира в стационар или специално логопедично заведение със седмична организация. В наши дни това е почти невъзможно и у нас не се практикува. Ето защо се налага организацията да засяга домашните и кабинетните условия.

Мястото на режима на мълчание в терапията на заекване зависи както от възрастта, така и от авторите, които го описват. Според някои (Влаев, Ст., 1974; Волкова, Г. А., 2003; Крапивина, Л. М., 2003; Тяпугин, Н. П., 1960), в комплексната терапия в детска възраст той е предварителен, първи, и самостоятелен етап, а според други е пропедевтически, със статут само на разяснителен етап (Чевелева, Н. А., 2003). В терапията при деца режимът се прилага по време на онази част от подготвителния етап, когато се повлиява емоционалното състояние, използват се невербални процедури и се поставят основите на дихателно-фонационната терапия. Тогава детето само слуша логопеда, запознава се с правилата на поведение по време на занятията, учи се да борави с различни материали и да съдържа речевата си активност. Това е времето, в което детето трябва да усети лаконичността, яснотата и изразителността на речта на логопеда и да ги използва като образец за собствената си реч (Чевелева, Н. А., 2003). В някои от системите за терапия при подрастващи и възрастни, режимът на мълчание е междинен етап и се прилага непосредствено след серията сеанси по автогенен тренинг, за да не се стигне до възстановяване на вече преодолените спазми.

Дългогодишната подчиненост на логопедичната терапия у нас на медицинския модел, но най-вече доказаните с времето ползи и положителен ефект от етапа на мълчание, обуславят системното му прилагане под една или друга форма и днес.

Необходимостта от прилагане на режим на мълчание в терапията на заекване в условията на логопедичен кабинет в начална училищна възраст (НУВ) е продиктувана от следните факти:

- 1) Периодът на НУВ често съвпада с появата на заекване и първите прояви на нарушението; от друга страна това е и време на увеличаване и усилване на симптомите на вече появило се заекване.
- 2) Това е възрастта на начално осъзнаване на развито се заекване. Същевременно в тази възраст е налице и определено равнище на саморегулация.
- 3) Терапията на заекване в НУВ често се продължава и в следващите възрастови периоди, където е възможно прилагането на системи от методи, подходящи за подрастващи

и възрастни, и включващи режим на мълчание или елементи от него.

Принципите на прилагане и организация на режим на мълчание като подготвителна за терапията мярка в условията *извън* логопедичния кабинет са:

1. Задължително се организира адекватен дневен режим, съобразен с възрастта и задълженията на детето. Режимът на сън и бодърстване се регулира стриктно, като се препоръчва удължаване на физиологичния сън. При подходящи условия (обикновено в системите за терапия на подрастващи и възрастни в стационар) се организира и сънна терапия с или без помощта на медикаменти.
2. Дейностите по време на бодърстване са подходящо подбрани, ненаатоварващи, разнообразни по характер и редуващи се. Те се осъществяват в приятна и спокойна обстановка, провокираща добро и ведро настроение. Детето може да бъде оставено за няколко часа само, с любима играчка или книга, но подбрана с подходящо съдържание (такова, каквото не създава напрежение и вълнение).
3. Преразглежда се и хранителният режим – препоръчва се избягване на шоколад, какаови изделия, напитки с тонизиращо действие (обикновено съдържащите кофеин – черен чай, кафе, кока колеа и др.), пикантни храни и храни с оцветители и подобрители. Спазването на часове за хранене и поемането на здравословна храна също е необходимо условие.
4. Препоръчително е поне в първите няколко дни съотношението между физическо и умствено натоварване да се промени по посока на увеличаване на физическата активност, но умерено. Добре е да се правят чести и продължителни разходки на чист въздух, леки и къси туристически походи. Подходящи са леките физически упражнения от типа на утринната и хигиенната гимнастика, съчетани с упражнения за правилно и ритмично дишане, плуването, тичането, умереното колоездене и други закалителни процедури.
5. При възможност детето да замине за ден-два на планина или на море (но извън туристическия сезон!) с възрастен, с когото има изградени отношения на доверие и взаимно уважение. Според Л. Я. Миссуловин (1988) проявите на заекване силно зависят от емоционално значимите ситуации, спокойствието и емоциите на говорещите, отношенията у дома. Така е твърде вероятно заекването да е предизвикано и поддържано от силна психотравмена ситуация в семейството или постоянна фиксация над проблема от страна на близките. Повече от ясно е, че при наличието на изразен конфликт между членовете на семейството (майка – баща, родители – баба/дядо), пътуването с човек, който е страна в конфликта, не е желателно, дори това да е майката на детето. Важното в случая е да се подбере възрастен, който да има симпатията и доверието на детето така, че да е повече негов приятел и наставник, отколкото възпитател и „контрольор” в тези няколко дни.

6. Мълчанието в домашни условия е относително. Препоръчва се избягване на активен разговор с детето и изключване или ограничаване на контактите му с други хора. Ако това не е възможно, детето да не се подтиква към разговор, дори елементарен. Не бива да се задават въпроси на детето и да се обучава, още по-малко на „правилно говорене”. Относителността на мълчанието се състои в това, че не бива да се забранява категорично какъвто и да било разговор с близките. Когато то пита, отговорът трябва да бъде поднесен по начин, непровокиращ задаване на нов въпрос. Поведението тип „права се, че не те чувам”, е крайно неправилно.
7. Задължително е преразглеждането на родителския стил на възпитание. Това е момент, в който е подходящо родителите да се обърнат към специалист за съвет по отношение на стила си на общуване – както помежду си, така и с детето си. Изискванията към малкия член на семейството трябва да бъдат свалени до равнището на неговите индивидуални възрастови възможности, а в началото дори малко по-ниско.
8. Разбирането „сега няма да разговаряме, значи няма да съществуваме един за друг” и произтичащото от него игнориране на детето е не само неправилно, но вредно и опасно. Това е период на изпитание за детето, когато то има още по-голяма нужда от опората на своите родители, тяхното разбиране и подкрепа. Заниманията с детето са задължителни. Те трябва да създават усещане за приетост, за съпричастност, като същевременно са подходящо подбрани като съдържание и натоварване, и не изискват вербално общуване.
9. На по-големите деца може да се обясни необходимостта от всички мерки и да се поощрява съзнателното им спазване. Същевременно се изисква и съзнателност в изпълнението на задачите, поставени от логопеда за „домашно”.
10. Препоръчително е посещенията в училище да спрат за около 10 дни. Ако това не е възможно, необходимо е родителите, логопедът и началният учител да проведат няколко срещи като екип, на които да уточнят и уеднаквят стратегията си за общуване с детето, изискванията, начина на изпитване и участие в клас, начина на подготовка на уроците, графика на логопедичните сесии. Задача на началния учител е да подготви децата в класа си за предстоящия период на „изпитание” за съученика им, като намери адекватни средства за обяснение на необходимостта от толерантно, щадящо и недразнещо отношение.

В условията на логопедичния кабинет, режимът на мълчание е предварителен и подготвителен, и е добре да не продължава повече от 10 дни (6-10 сеанса). Прилагат се следните дейности:

1. **Регулиране на емоционалното и психическото състояние чрез елементи на психотерапия и когнитивна терапия.** Създава се позитивна нагласа към терапията и предстоящите дейности. Детето се мотивира за предстоящата работа. Логопедът и детето се

опознават, свикват един с друг, уточняват се ролите им по време на терапията. Дават се указания за изпълнение на подходящи задачи у дома. Снема се психическото напрежение, повлияват се общото физическо напрежение и сковаността по посока на разпускане на мускулите и преодоляване на инертността на моториката. Прилагат се елементи на автогенен тренинг, съобразени с възрастта на детето, както и други релаксационни процедури под формата на леки физически упражнения с или без елементи от логоритмиката. Използват се ароматерапия, музикотерапия, игрова терапия, елементи от други арт-терапии. Широко се застъпва логопедичният масаж. Подходящо е да се предложат различни задачи за рисуване, конструиране, апликиране, като така се постигат едновременно терапевтични и диагностични цели.

2. **Елементи на двигателна терапия** – използват се общоразвиващи упражнения, упражнения за развитие на мануалния и оралния праксис и фината моторика. Предлагат се самостоятелно или като елементи на логоритмиката – под музикален съпровод, с ритмуване, с движения или сюжетно изпълнение, но винаги невербално.
3. **Регулиране на говорното дишане.** Цели се постановка на диафрагмен тип дишане и постигане на издишна струя с определена дължина. Въвеждат се различни маркери в игрова форма – „Асансьорът на Мечо” (мече или кукла на корема на легналото дете онагледява движенията на коремната стена при диафрагмено дишане), издухване на пухчета, топчета, сапунени мехури, моливи и др. Елементи на логоритмиката, които се използват за решаването на тези задачи, са общи и специфични дихателни упражнения, комплекс автогенна тренировка, умения за правилни ритмични движения, свирене на музикални инструменти, ритмуване, маршируване. Основно средство са всички видове игри – подвижни, дидактични, сюжетно-ролеви, танци, музикални танцови упражнения. Специфичното е, че същността на етапа изисква те да не изискват и да не провокират говор. Упражненията с елементи от логоритмиката развиват всички органи от дихателната система, действат релаксиращо, ободряващо, мотивиращо, създават положителен емоционален фон. Освен упражнения за говорното дишане се прилагат и общи дихателни упражнения от различно изходно положение (лег, седеж, изправен стоеж). Изпълняват се и дихателни упражнения с противодействие, упражнения, насочени към отделните фази на дихателния акт (безшумно вдишване, задържане на дихателната мускулатура в положение на вдишване, равномерно и активно издишване). Задължително условие е помещението да е добре проветрено и с подходяща температура.
4. **Регулиране на гласовата функция**, като моментът на постановка на мека гласова атака бележи края на режима на мълчание и началото на същинската терапия чрез вербални процедури.

5. **Диагностична дейност.** Провежда се активна диагностика на гнозисните и праксисните функции и психичните процеси чрез различни невербални процедури, проективни и рисувателни методики, скали за тревожност (при ограмотени деца в подходяща възраст). Според някои руски автори (Крапивина, Л. М., 2003 и др.) периодът е подходящ и за терапия на рецептивната страна на езика в посока на увеличаване на обема на пасивния речник.
6. **Консултативна дейност.** Провеждат се серия срещи с родителите, учителите и други близки на детето с цел разясняване на същността на нарушението, подходящото поведение спрямо детето. Логопедът може да насочи семейството към психолог, който да консултира семейните отношения или да спомогне за изясняването на наличен конфликт.
7. **Допълващи терапии,** съдържащи задачи, насочени към всички останали дейности: психотерапия, аромо- и музикотерапия, игрова терапия.

Ползите от прилагане на режима на мълчание в кабинетни условия в НУВ са следните:

- Постигат се определено равнище на самоконтрол и релаксация като необходимо условие за провеждане на ефективна говорна терапия.
- Изградените умения за релаксация се прилагат в началото на всеки сеанс като подготовка за ползотворна работа.
- Усвояват се правилата на логопедичния кабинет, установяват се ролите. Въвеждат се правила за слушане и за говорене, които впоследствие активно се използват както в терапевтичните ситуации, така и извън кабинета.
- Времето на режима се използва за провеждане на комплексна диагностика на гнозисните и праксисните функции и когнитивните процеси чрез невербални тестове и редица рисувателни и проективни методики.
- Активно се провежда работа с родителите и началния учител, като се цели да се привлекат за ко-терапевти и да работят като екип.
- Полагат се основите на специфично логопедичните и съпътстващите терапии - дихателно-фонационна, прозодична, езикова, когнитивна, психотерапия и др.

Литература:

1. Аргирова, В., Ат. Талев, 1978, Лечение на заекването, Народна просвета, София
2. Беллетис, Е. Т., 2001, Съвременни схващания на симптомите на заекване и структурирането им в „айсберга” на Шихън, в: *сп. Специална педагогика*, бр.4, стр. 5-13
3. Влаев, Ст., 1974, Отношение към заекващите деца, Медицина и физкултура, София
4. Волкова, Г. А., 2003, Логопедическая ритмика, „Владос”, Москва

5. Върбанова, Р., 1997, Логопедическа ритмика, Благоевград
6. Георгиева, Д., 2000, Нарушения на плавността на речта, Университетско издателство „Свети Климент Охридски”, София
7. Иванов, В., 1973, Логопедия, София
8. Крапивина, Л. М., 2003, Методические рекомендации по организации и содержанию логопедических занятий с заикающимися преддошкольного возраста, В: Беякова, Л. И., Е. А. Дьякова, сост., Логопедия: Заикание. Хрестоматия, Москва, стр. 163-172
9. Лалова, В., 2003, Заекването. Какво знаете и не знаете за него, ЕТ „Валентина”, София
10. Миссуловин, Л.Я, 1988, Лечение заикания, Медицина, Ленинград
11. Поварова, И. А., 2004, Коррекция заикания в играх и тренингах, 2-о изд., Питер, Москва
12. Селиверстов, В. И., 2000, Заикание у детей: психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия, 4-ое изд., Владос, Москва
13. Тяпугин, Н. П., 1960, Заикание, Медгиз, Москва
14. Ценова, Ц., 2009, Описание, диагностика и терапия на комуникативните нарушения, Радар Принт, София
15. Чевелева, Н.А., 2003, Заикание у детей, В: Беякова, Л. И., Е. А. Дьякова, сост., Логопедия: Заикание. Хрестоматия, Москва, стр. 153-163
16. Bloodstein, O., 1984, Speech Pathology: An Introduction, 2d edition, Houghton Mifflin Co., Boston
17. Shames, G. H., E. H. Wiig, 1982, Human Communication Disorders, An Introduction, Ch. E. Merrill Publ. Co., Columbus, Ohio