Дети с речевыми расстройствами (нарушениями) обычно имеют
функциональные или органические отклонения в состоянии ЦНС.
Наличие органического поражения мозга обуславливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружение. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушение равновесия, координация движений, недефференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений (т. е. несформированность общего и орального праксиса). Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают).
Они характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т.п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро меняется. Не редко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдается заторможенность и вялость. Эти дети довольно быстро утомляются, причем это утомление накапливается в течение дня к вечеру, а также к концу недели. Утомление сказывается на общем поведении ребенка, на его самочувствии. Это может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости либо, напротив, повышенной двигательной активностью.
Таким детям трудно сохранять усидчивость, работоспособность и произвольное внимание на протяжении всего урока.
Их двигательная расторможенность может выражаться в том, что они проявляют двигательное беспокойство, сидя на уроке, встают, ходят по классу, выбегают в коридор во время урока. На перемене дети излишне возбудимы, не реагируют на замечания, а после перемены с трудом сосредотачиваются на уроке.

Как правило, у таких детейотмечается неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

Дети с дизартрией по своей клинико-психологической характеристике представляют крайне неоднородную группу. При этом нет взаимосвязи между тяжестью дефекта и выраженностью психопатологических отклонений. Например, дизартрия, и в том числе наиболее тяжелые ее формы, могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, а мягкие «стертые» проявления могут быть как у детей с сохранным интеллектом, так и у детей с олигофренией. «Дети с дизартрией по клинико-психологической характеристики могут быть условно разделены на несколько групп, в зависимости от их общего психофизического развития:

* дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием;
* дизартрия у детей с ДЦП;
* дизартрия у детей с олигофренией;
* дизартрия у детей с гидроцефалией;
* дизартрия у детей с ЗПР;
* дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией.

Эта форма дизартрии встречается наиболее часто среди детей специальных дошкольных и школьных учреждений. У них наряду с недостаточностью звукопроизносительной стороны речи наблюдается обычно не резко выраженные нарушения внимания, памяти, интеллектуальной деятельности, эмоционально-волевой сферы, легкие двигательные расстройства и замедленное формирование ряда высших корковых функций. Эмоционально-волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. На первом году жизни такие дети беспокойны, много плачут, требуют к себе постоянного внимания. У них отмечается нарушение сна, аппетита. Они плохо приспосабливаются к метеорологическим изменениям. В дошкольном и школьном возрасте они двигательно-беспокойны, склонны к раздражительности, колебаниям настроения суетливости; часто проявляют грубость, непослушание. Двигательное беспокойство усиливается при утомлении; некоторые склонны к реакциям истероидного типа: бросаются на пол и кричат, добиваясь желаемого, Другие пугливы, заторможены, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменениям обстановки.
В проявлениях заикания характерными являются различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и произвольными уловками. К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.
Нередко отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость. Одним из основных явлений, из которых развивается невротическое расстройство, является чувство собственной неполноценности. И чем фиксируется больным внимания на своем бесполезном симптоме, тем более упорным он становится. Так образуется порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет его фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и ёщё более приковывает к себе внимание больного.
Н.И.Жинкин отмечает, что чем больше возрастает опасение за исход речи, и чем в большей мере произношение оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегуляция. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Исследователи заикания в понятие «фиксированности на дефекте» вкладывают разное содержание: особое свойство внимания (устойчивое, застревающее, навязчивое, концентрирование), осознание дефекта, представление о нем, разное эмоциональное отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).
Опираясь на опыт работы с заикающимися разного возраста и общие принципы системного подхода в психологии, можно представить психологическую модель возникновения и развитие феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся. Различие между заикающимися и свободно говорящими выражается не в степени продуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее протекания. От первого непроизвольного эмоционального реагирования на дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями и отражается в волевых усилиях (действиях и поступках), в самостоятельной и безуспешной борьбе с заиканием.
Важно найти критерии, которые характеризуют нарастающую сложность разных уровней (ступеней) фиксированности на дефекте. В качестве такого критерия могут быть использованы З варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное, и безнадежно-отчаянное), и З варианта волевых усилий в борьбе с ним (отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния). В связи с этим оправданно введение рабочего термина «болезненная фиксация» для выделения соответственно З групп заикающихся: 1. Нулевая степень болезненной фиксации: дети не испытывают ущемление от сознания 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: у заикающихся переживания по поводу дефекта выливаются в постоянное тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Это чаще всего подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживая их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

Осознание речевого дефекта, неудачные попытки избавится от него, или хотя бы замаскировать, порождают у заикающихся различные психологические особенности: уязвимость, беззащитность, боязливость, робость, внушаемость и многое др.

В настоящее время делаются попытки не только глубже изучать индивидуальные психологические особенности заикающихся, но и комплектовать по этому признаку группы для обоснованной психотерапевтической направленности логопедической работы с ними.

У детей с алалией отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности. У детей отмечается замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам.
Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи, с чем их работоспособность резко меняется. В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учебе.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции, и даже расстройство в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, агрессией или, напротив, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью.

Все это в целом свидетельствует об особом состоянии ЦНС детей, страдающих речевыми расстройствами».