

ПРОЕКТ BG051PO001-4.1.04-0068

„Среда и сигурност за деца от уязвими социални групи“

Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз

Маргарита Станкова, Екатерина Тодорова,
Магдалена Димитрова, Венета Василева,
Мирослава Мирчева

Методологии за работа с деца със СОП

**НАРЪЧНИК ЗА УЧИТЕЛИ
И ПЕДАГОГИЧЕСКИ СЪВЕТНИЦИ**

**Под редакцията на
Маргарита Станкова
Виолета Боянова**



София,
2012



Европейски съюз

Оперативна програма
„Развитие на човешките ресурси“
ИНВЕСТИРА ВЪВ ВАШЕТО БЪДЕЩЕ!



Европейски социален фонд

Настоящият документ е изготвен с финансовата помощ на Европейския социален фонд. Община Бургас носи цялата отговорност за съдържанието на настоящия документ и при никакви обстоятелства не може да се приеме като официална позиция на Европейския съюз или Министерството на образованието, младежта и науката.

МЕТОДОЛОГИИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА СЪС СОП
НАРЪЧНИК ЗА УЧИТЕЛИ И ПЕДАГОГИЧЕСКИ СЪВЕТНИЦИ

ISBN 978-954-9859-59-1

© 2012 Маргарита Станкова, автор

© 2012 Екатерина Тодорова, автор

© 2012 Магдалена Димитрова, автор

© 2012 Венета Василева, автор

© 2012 Мирослава Мирчева, автор

© 2012 Маргарита Станкова, редактор

© 2012 Виолета Боянова, редактор

© 2012 Издателство



София

СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Венета Василева. Интелектуални нарушения.....</i>	5
<i>Маргарита Станкова. Оценката в работата с децата с интелектуални затруднения.....</i>	16
<i>Венета Василева. Детска церебрална парализа.....</i>	29
<i>Венета Василева. Синдром на Даун.....</i>	46
<i>Магдалена Димитрова. Аутизъм – маркери за разпознаване на разстройството и напътствия за работа.....</i>	52
<i>Маргарита Станкова. Оценка на комуникацията и когнитивни способности и планиране на дейности.....</i>	75
<i>Мирослава Мирчева. Подходи и техники, подпомагащи успешна адаптация на деца със СОП в група или училищен клас.....</i>	78
<i>Маргарита Станкова. Хиперактивност и дефицит на вниманието.....</i>	99
<i>Екатерина Тодорова. Специфични нарушения на способността за учене – характеристика, прояви, диагностични критерии (протокол за оценка).....</i>	103
<i>Маргарита Станкова. Тревожни разстройства.....</i>	137
<i>Магдалена Димитрова. Заекване в предучилищна и училищна възраст.....</i>	142
<i>Информация за авторите</i>	151
<i>Кратка информация за проекта</i>	152

ИНТЕЛЕКТУАЛНИ НАРУШЕНИЯ

През 1904 г. министерството на образованието на Франция назначава специална комисия, която да даде препоръки за обучението на умствено изостаналите деца в Париж. Комисията сметнала, че тези деца трябва да бъдат отделени в специални училища, които да отговарят на техните нужди и потребности. Тук се появил проблемът с откриването на тези деца с умствена недостатъчност. Тази нелека задача била възложена на *Алфред Бине* и *Теодор Симон*.

Така през 1905 г. се е стигнало до създаването на първи тест за интелигентност. Бине и Симон създават 30 задачи, изискващи използването на ум, логика, разбиране и мислене. Те са имали различна трудност и авторите на теста ги подредили от най-лесната към най-трудната, за да може да се види до къде ще стигне всяко дете.

Няколко години по-късно, през 1912 г., немският психолог Уилям Щерн въвежда *терминът* „IQ“, което идва от немското *Intelligenz-Quotient*. Той го предлага като метод за точкуване на тестовете за интелигентност. Коефициентът на интелигентност се определя като съотношение между „психичната възраст“ и „хронологичната възраст“.

Съществуват различни определения и тълкования на явлението умствена изостаналост (УИ). В някои от тях се дава превес на социалните аспекти при описанието на умствената изостаналост, а в други – на медицинските.

Едно от най-популярните определения за умствената изостаналост е дадено от С. Я. Рубинщайн. То определя умствената изостаналост като трайно нарушение в познавателната дейност, което възниква в резултат на органично поражение на главния мозък.

Определението на Световната здравна организация за умствената изостаналост е следното: „Умствената изостаналост е състояние на задръжано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушение на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават

своя дял във формирането на общото ниво на интелигентност, т.е. когнитивните, двигателните и социалните умения“. От това определение следва, че хората с умствена изостаналост ще имат множество дефицити и затруднения в развитието на мисленето, паметта и езиковите способности, също така бавен темп на развитие на моторни умения и множество проблеми в емоционалната и поведенческата сфера. Всичко това неминуемо води до нарушения и на социалните интеракции на тези индивиди, тъй като формирането на личността предполага паралелно развитие на когнитивните, емоционалните и социалните структури. Нивото на когнитивно развитие е базирано на съответно емоционално и социално израстване.

American Association on Mental Deficiency (AAMD) дава следната дефиниция за умствена изостаналост, според която умствената изостаналост се позовава на значимо под средното ниво на интелектуално функциониране, което рефлектира или се асоциира с нарушения в адаптивното поведение и се проявява в продължение на целия живот. Адаптивното поведение се разглежда като способност на личността за ориентиране в природните и социални изисквания на средата. Според американските психолози, *липсата на адаптивност в поведението е основен показател за умствена недостатъчност*. Именно тази адаптивност определя социалния облик на човека.

Терминът умствено изоставане е категория, към която хората биват причислявани по-скоро поради неспособността им за самостоятелен живот в дадения социален контекст, отколкото на основата на измерена интелигентност, така че социалните фактори – бедност, пренаселеност, недохранване, влияят върху това, кой бива отнесен там. *Само половината от възможния общ брой на лицата с умствена изоставане реално се нуждаят от обслужване*. Най-тежко увредените, както и тези, страдащи от епилепсия, често умират млади.

Терминът умствена изостаналост обединява голяма група аномалии на психичното развитие, при което в различна степен страда интелектуалния статус. Умствената изостаналост обединява различни по етиология, патогенеза и клинична картина патологични състояния, които се характеризират с наличието на вродено или придобито в ранно детство общо психично недоразвитие, с преобладаване на интелектуален дефицит. Тези състояния са трайни и необратими и много често с органична етиология. При децата с умствена недостатъчност страдат познава-

телните, емоционално-волевите и адаптивните способности, а в умствената сфера остават слабо развити мисловните процеси и висшите корови функции.

Етиология и рискови фактори

Етиологията на умствената изостаналост остава недостатъчно изяснена или съвсем неизвестна. Етиологичните фактори могат да се разделят най-общо на:

1. *Наследствени (ендогенни) фактори* – тук се включват повече от 300 наследствено обусловени заболявания. От голямо значение за появата на УИ са генните мутации, хромозомните аномалии, аномалии в белтъчната обмяна, йонизиращата радиация, интоксикациите и възрастта на майката. Най-характерен пример за това е синромът на Даун, който е и най-честата причина за умствена изостаналост.

2. *Биологични (екзогенни) фактори* – те могат да въздействат и да увредят мозъка на детето в *пренаталния* (вътреутробен), *перинаталния* (по време на раждането) и *постнаталния* (след раждането) период.

- ▶ Етиологичните фактори в пренаталния период могат да бъдат всички онези вредности, които действат върху зародиша в периода през време на различните фази на вътреутробно развитие. Тежки токсикози, инфекции на майката и плода като рубеола, грип, хепатит, токсоплазма, сифилис, алкохол, лекарства, наркотици, тютюнопушене, Rh несъвместимост.
- ▶ Към перинаталния период могат да бъдат посочени механичната травма по-време на раждането, която може да се получи при тежко и продължително раждане. Причината за такова раждане може да бъде тесен таз на жената, неправилно положение на плода, бързо раждане, сухо раждане, асфикция и др. Недоносеност на плода и преносеност на плода също са едни от водещите фактори за появата на УИ.
- ▶ Постнаталния период включва времето от раждането до третата година. Факторите, които могат да причинят УИ са различни – инфекции, интоксикации и травми на мозъка. Безспорно най-чести са инфекциите на мозъка като менингити, енцефалити, общи инфекциозни заболявания, както и бронхопневмонии, грип, ангина и други температурни състояния, черепно-мозъчни травми, недохранване и интоксикации.

3. *Психосоциални фактори* – по-специално тяхното нарушено функциониране предизвикват повишен риск от задръжка или изоставане в умственото развитие. Към тези етиологични фактори могат да се причислят характеристики, които са свързани с нисък социо-икономически статус и образователно ниво на родителите, различни психични заболявания на единия или двамата родители. В много от случаите настъпват малоформации и нарушения на психическото функциониране в резултат от физическо или сексуално малтретиране на детето, както и наличие на езикова депривация. Влиянието е косвено и се свързва както с неблагоприятни условия на живот и хигиена, така и с недостатъчното хранене и медицински грижи.

Форми и клинична картина

Както определенията и термините, използвани през годините, да опишат и обяснят умствената недостатъчност, така и класификационните модели са преминали през множество и различни по структура и съдържание схеми.

Първоначално се използва тристепенна класификация (класическа) на умствената изостаналост, като базисна за всички прояви на умствена изостаналост:

- ▶ *дебилност*: IQ = 40–70
- ▶ *имбецилност*: IQ = 20–40
- ▶ *идиотия*: IQ = 0–20

Друга система, която се е използвала през годините, за класификация на умствената изостаналост е петстепенна:

- ▶ *лека олигофрения*: IQ = 50–70
- ▶ *умерена олигофрения*: IQ = 35–49
- ▶ *тежка олигофрения*: IQ = 20–34
- ▶ *дълбока олигофрения*: IQ = под 20
- ▶ *гранична форма на олигофрения*: IQ = 68–85

Най-разпространената и използвана у нас през последните години е класификацията на Световната здравна организация, описана в последната 10-та ревизия на Международната класификация на болестите (МКБ-10). Умствената изостаналост е включена в рубриците от F70 до F79.

1. F70 ЛЕКА УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ: IQ = 50–69

Индивидите с лека умствена изостаналост (ЛУИ) съставляват най-голям процент от изостаналите в интелектуално отношение и се характеризират с това, че могат сравнително добре да се адаптират към външните условия и да бъдат интегрирани към обществото. Тяхното интелектуално изоставане обикновено се открива в по-късна възраст и е предшествано от забавено прихотомоторно развитие в първите 3 години. Лицата с такава умствена изостаналост усвояват речта със закъснение, но повечето достигат нивото на ежедневната реч. Говорът и паметта в повечето случаи са нормално развити, но мисленето остава в конкретно-образния стадий, без възможност за обобщение. Те трудно задържат вниманието си и се съсредоточават. Тези деца са недостатъчно инициативни, афективните разстройства създават впечатление за невротично поведение. Интересите им са ограничени и сведени до елементарни органични нужди и благополучие. Повечето от тях постигат пълна независимост в самообслужването (хранене, миене, обличане, тоалет) и в практическите и домакински умения, дори когато темпът на развитие е значително по-бавен от нормалния. Основните нарушения се наблюдават в училище като много от лицата имат особени проблеми с четенето и писането.

2. F71 УМЕРЕНА УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ: IQ = 35–49

Разбирането и използването на речта се развиват бавно и евентуалните им постижения в тази област са ограничени. При тези деца говорът, в повечето случаи, е недоразвит, с беден ограничен речник и множество аграматични прояви. Често се наблюдават артикулационни нарушения. Паметта им е слаба, а вниманието нестабилно. Абстракцията е навъзможна, те си служат само с конкретно-образно мислене. Поведението им се ръководи от инстинктивните потребности. Усвояването на навици за самообслужване и двигателни умения също изостават, като при някои лица необходимостта от наглеждане остава постоянна. Успехите в училище са ограничени, но една малка част от тях усвояват основните умения, необходими за четене, писане и смятане.

3. F72 ТЕЖКА УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ: IQ = 20–34

Повечето лица от тази група страдат от изразена степен на двигателни нарушения или други, свързани със състоянието, дефицити, които

свидетелстват за наличие на клинично значима увреда или неправилно развитие на централната нервна система. При тях обикновено речта липсва и е заменена с отделни нечленоразделни звуци и крясъци или пък е ограничена само в няколко отделни думи. Липсва съзнание за собствена личност, не могат да провеждат елементарна смислена игрова дейност. В моторно отношение често са налице стереотипии, от рода на поклащания на главата, туловището или цялото тяло. Емоциите са много примитивни и се придизвикват от потребности, свързани с удовлетворяване чувството на глад, студ и топлина. Често гълтат неестествени и горчиви предмети. Тежкото умствено изоставане понякога се придружава и от груби дефекти във физическото им развитие, деформации и аномалии в черепа, разнообразни пороци в развитието на костната система, глухота, слепота, парализи, парези и епилептични припадъци. Нуждаят се от помощ при извършването на ежедневните битови дейности.

4. F73 ДЪЛБОКА УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ: IQ = под 20

Способността на децата с дълбока умствена изостаналост да разбират и изпълняват нареждания или инструкции е крайно ограничена. Повечето лица от категорията са неподвижни, или с крайно ограничена подвижност, не задържат тазови резервоари и са способни само на много първични форми на невербална комуникация. Способността им да се грижат за основните си потребности е крайно ограничена или липсва, което изисква непрекъснати грижи за наблюдение. Също така разбирането и използването на езика е ограничено, в най-добрия случай, до схващане на някои основни команди и изразяване на елементарни желания. Тежките неврологични и други телесни недъзи, които се отразяват върху подвижността, както и епилепсията, зрителните и слухови нарушения, са нещо обичайно. Често се срещат генерализирани разстройства на развитието в тяхната най-тежка форма, особено атипичния аутизъм.

5. F78 ДРУГА УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ

Под това наименование се има предвид случаите на умствена изостаналост, наблюдаваща се паралелно със сензорни, соматични или поведенчески нарушения. В тези случаи оценката на интелектуалното развитие не може да бъде осъществена с помощта на известни, обичайни диагностични процедури, което и налага отделянето ѝ в отделна категория.

6. F79 УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ, НЕУТОЧНЕНА

В тази категория попадат случаите, за които няма достатъчно информация, за да се отнесат към някоя от другите типове умствена изостаналост.

Общи характеристики

Въпреки цялото разнообразие на умствената изостаналост биха могли да се отбележат и някои общи характеристики, които се свързват с недоразвитието на психичната дейност, особено на познавателните процеси и на личността като цяло. Водеща роля в структурата на психичния дефект имат нарушенията на висшите страни на познавателната дейност, най-вече на абстрактното мислене. Общо и основно при децата с УИ е цялостното недоразвитие на психичната дейност с преимущество засягане на интелекта. Умствено изостаналите деца са способни да разкрият само външните различия между предметите и явленията. При тях най-много страда логичното мислене. Те боравят предимно с конкретно-образното мислене, без да стига до обобщение. Тези деца не винаги могат да разберат и правилно да употребят думи като: дрехи, обувки, мебел, плодове, зеленчуци и др с обобщаващо значение. Не са в състояние да обяснят преносния смисъл на думите, поговорките и пословиците. Не могат да тълкуват сложни понятия и умозаклучения. Страдат абстракцията и причинно-следствените връзки. Те не се ползват от познатия им арсенал от думи, защото не разбират докрай смисловите значения на тези думи. Затова те често си служат със заучени фрази, общоизвестни и общоприети жестове или мимики.

При умствената изостаналост не може да се говори за закъсняло езиково развитие, а за увредено. Нарушенията, които се наблюдават са както в импресивна, така и в експресивната реч. Промените в езиковото функциониране имат не толкова количествен, колкото качествен характер

Децата с умствена изостаналост най-много в своята реч употребяват съществителни. Това е в съответствие с характера на тяхното конкретно мислене.

Употребата на глаголи е доста ограничено. Глаголите с представки се употребяват рядко и не винаги адекватно. Същото важи и за прилагателните. Те се затрудняват при употребата на думи, означаващи

свойства на предметите. Най-често те употребяват прилагателни за означаване на цвета, големината и формата на предмета.

Наречията също се оказват проблемни за децата с УИ. В речника им предимно се срещат наречия от типа: тук, там, после и след това. Понякога се наблюдават смесване на различни по значение наречия: близо и далеч; ляво и дясно; горе и долу. Това свидетелства и за нарушения в ориентацията за време, място и пространство.

Предлозите сериозно затрудняват децата с умствена изостаналост. Те или ги пропускат, или ги използват неправилно.

Те не се ползват от познатия им арсенал от думи, защото не разбират докрай смисловите значения на тези думи. Затова те често си служат със заучени фрази, общоизвестни и общоприети жестове или мимики.

Недоразвитието на речта се изразява преди всичко в забавяне на етапите на нейното развитие. Първите думи при децата с интелектуална недостатъчност се появяват, не на 1 година, а на 3–4 годишна възраст. При тежките степени на интелектуална недостатъчност е налице не само невъзможността да се говори, но и да се разбира чуждата реч. Те осъществяват контакт чрез различни нечленоразделни звуци. За да успеят да разберат и най-елементарните нареждания е необходимо същите да бъдат съпроводени със съответните мимики и жестикулации. Тези деца обикновено са в състояние да се научат да свързват думите само с определен предмет и явления. Признаци на изоставане се наблюдават и в моторната активност като нарушена координация, забавеност в джуженията, бедна мимика и изразителност. Силно изпъкват нарушенията в сензомоторната координация на двигателния акт, походката е неритмична, неравномерна, темпът на ходене е неустойчив. В психомоторната сфера на децата с интелектуална недостатъчност преобладават тоничните двигателни реакции, множество излишни движения, непълно и нетрайно преработване на условното значение на различните по вид стимули. Силно проявени са нарушенията в двигателната сфера при изпълнение на практически действия. Силно затруднени са движенията като скачане и хвърляне. Много от децата трудно скачат, както с един, така и с двата крака. Хвърлянето в цел се оказва доста трудна задача, поради нарушаване на равновесието на тялото. Децата с УИ трудно регулират своите движения. При извършване на конкретно движение се наблюдават множество отклонения от

треакторията, с много излишни и неточни движения. Несъразмерността и неловкостта на движенията при децата с интелектуална недостатъчност се проявяват с нарушена координация на движението, неумение в поддържането на необходимия темп и ритъм на движение.

Играта е важен показател на психическото развитие. Тя може да се използва и като диагностично и терапевтично средство. Играта бива – манипулативна, процесуална и сюжетно-ролева. При манипулативната игра детето не използва собствени игрови действия. То не може да включи играчката в игрова ситуация, само я мести от ръка в ръка. Процесуалната игра предполага по-високо ниво организираност, макар че игровата дейност не е насочена към определена цел. Процесуалните действия донасят удоволствие на детето и поради това се наблюдава многократна повтаряемост. Играта със сюжетни елементи се отличава с висока степен на осмисленост и целенасоченост. Тук липсва стереотипност и почти винаги се достига до определен резултат. При децата с УИ наблюденията върху играта показват, че във всички фази от развитието на дейността се констатира значително еднообразие и примитивност. Предметната дейност е ограничена в механично изпълнение на игрови действия (удряне на играчките една в друга, гризене и лапане на играчките, хвърляне). Манипулацията с играчката не съответства на нейната функционална предназначеност. При играта липсва въображаема ситуация. Обикновено извършват процесуални действия, които се отличават със стереотипност, с липса на емоционално отношение към предметите и хората в игровата ситуация. При умствено изостаналото дете са ограничени случаите на речево общуване в играта. Не разговарят с играчките и не осъществяват ролево общуване стях или от тяхно име. Тематиката на игрите е бедна, а в игровата практика на детето с УИ липсват сюжетно-ролеви игри.

В емоционален и поведенчески план е характерно слабата диференциация на емоциите и отсъствието на леки нюанси в различните преживявания. Впечатления прави общата незрялост с повишена внушаемост, слаба или липсваща критичност, изразена зависимост на поведението на външни стимули и подчертаната импулсивност. Те често пъти дават неадекватен израз на своите емоционални реакции, проявяващи се с крясъци на радост, писъци и плач. Страдат висшите емоции, които са свързани с чувството на срам, състрадание, обида и др.

Диагностика и терапия

Както стана ясно, от написаното по-горе, причините и симптомите на умствената недостатъчност са многобройни и разнообразни. Ето защо и поставянето на диагнозата е колкото лесно, толкова и трудно. Според МКБ-10, за да се постави диагноза умствена изостаналост трябва да е налице нарушение едновременно на:

- а) нивото на интелектуално функциониране;
- б) способността за адаптация към ежедневните изисквания на заобикалящата социална среда.

Диагностика

- ▶ Лабораторни изследвания
- ▶ Стандартизирани методики за измерване на коефициента на интелигентност
- ▶ Подробна фамилна анамнеза
- ▶ Оценка на факторите и особеностите на средата

Като диагноза умствената изостаналост не се лекува, голяма част от симптомите могат да бъдат повлияни, което да подобри познавателните и социални умения на детето и да му позволи по-пълноценно да се интегрира и реализира в общността.

Терапия

- ▶ Медикаментозна терапия (психостимуланти, невroleптици)
- ▶ Логопедична терапия
- ▶ Психотерапия
- ▶ Кинезитерапия
- ▶ Ресурсно подпомагане
- ▶ Трудо- и арт-терапия

Използвана литература

1. Диагностика на деца с умствена недостатъчност – К. Караджова
2. Психолого-педагогически измерения на умствената изостаналост – К. Караджова
3. Психиатрия – Р. Петров
4. Развитие и ръководене на играта при деца с умствена изостаналост – Ив. Миленски, сп. Специална педагогика 1996
5. Нарушения в психомоториката на деца с интелектуална недостатъчност – Е. Маринов, сп. Специална педагогика 1996
6. Психиатрия в медицинската практика – Д. Голдберг, С. Банджамин, Ф. Криид
7. Психология на аномалното развитие - В. Матанова
8. МКБ-10, Психични и поведенчески разстройства
9. Understanding mental retardation – E. Ziegler, R.M. Hodapp Cambridge University Press

Маргарита Станкова

ОЦЕНКАТА В РАБОТАТА С ДЕЦАТА С ИНТЕЛЕКТУАЛНИ ЗАТРУДНЕНИЯ

Развитието трябва да се разглежда като индивидуален процес, обусловен от силната връзка между биологичната основа и обкръжението. Скоростта на развитието и постигането на различните етапи не е еднакво при всяко дете. Най-общо „Нарушение в развитието“ е термин, който се използва, за да се опише детето, което не е достигнало до развитийните нива на очакваната възраст, дори и след отчитане на широката рамка на нормата, Rydz, Shevell, Majnemer, Oskoui, 2005

Забавянето в развитието може да бъде ограничено до една област на развитието (един домейн) или две или повече области на развитието (глобално нарушение), Simpson, Colpe, Greenspan, 2003.

Домейните на развитието могат концептуално да се категоризират в няколко главни направления:

1. Моторно развитие

Моторното развитие включва грубата моторика – контролът върху големите групи мускули (ходене, седене, смяна на позицията) и фината моторика – манипулацията на обекти с ръце (хранене, рисуване, играчки). Моторното развитие и специално забавянето във фината моторика често се съчетава с нарушения на останалите домейни на развитието, Wolraich, 2003

Моторното развитие може да се счита като част от физическото развитие, което включва развитието на телесните части (мускули, кости, органи и системи). Физическото развитие се описва от Dockrell, 2001 като: сензорно развитие, което включва органите и системи, които осъществяват усещанията и перцепцията и моторно развитие, което включва дейностите на мускулите и нервната система и нейната координираща функция върху едновременно перцепцията и движенията.

Мускулната сила и координацията са съществени за моторното развитие, по-специално в първите месеци и години от живота. Според Dockrell, 2001 примери на активности на грубата моторика са: ставането, седенето, вървенето, тичането. Тези дейности включват големите мускулни групи. Примери за дейности на фината моторика са: говора, движението на погледа, използването на ръцете и пръстите. Тези дейности включват малки мускули на тялото. Едновременно големите и малките мускулни се контролират и координират от централната нервна система.

Сензорното развитие включва развитие на зрението, слуха, вкуса, докосването, обонянието и координацията и интеграцията на перцептивния вход от тези системи към централната нервна система.

Развитие и оценка в предучилищна възраст

Между 3 и 5 години повечето основни функции на грубата моторика се придобиват постепенно и се развиват. През този период детето практикува наличните умения и развива нови моторни умения във все повече предизвикателни и сложни ситуации, Dockrell, 2001.

Развитието на моториката на детето върви паралелно с придобиването на когнитивните функции, вкл. езика, както и социалното и емоционално развитие. Често нарушенията в когнитивните функции, езиковите и артикулаторни нарушения се съчетават със забавяне в моториката, най-често фините моторни движения. Проблемите във фината моторика при децата се съчетават и с нарушения на четенето и писането в ранна училищна възраст. Изследването на моторното забавяне в предучилищна възраст е съществен елемент от процеса на оценка. Тя обикновено се изследва с проби, свързани с изпълнение на различни видове задачи, за фина и груба моторика, а също и интервю или въпроси към родителите, свързани с овладяване на определени умения за съответните възрастови групи.

2. Езиково развитие

Езиковите способности най-общо се включват към когнитивното развитие, но често се обсъждат отделно, поради тяхното огромно значение за общото развитие. Езиковото развитие включва фонология, ре-

цептивни и експресивни езикови способности, а комуникацията включва и използване на невербални символи. Този домейн концентрира интеракцията между вътрешните комуникативни способности и влиянието на заобикалящата среда. Специфичните нарушения на езиковите и говорните способности без забавяне в други домейни на развитието се категоризират като „Развитийно езиково нарушение“, „Дисфазия на развитието“ или „Специфично езиково нарушение“, Wolraich, 2003.

Езиковото развитие обикновено започва около първата година от живота, но варира при всяко дете и в широки граници се разполага в периода 24–30 месеца. Езиковото развитие през този период е тясно свързано с другите доймени и по-специално когнитивния – мислене, вземане на решения, памет, внимание. Между 3 и 5 години езикът се развива бързо. Граматиката и синтаксисът се прецизират, речникът се развива бързо. Детето използва езика като комуникативен инструмент, Dockrell, 2001.

Ранното забавяне на езиковото развитие може да рефлектира върху общото съзряване и по-късно да доведе до ниски резултати на тестовете за интелигентност. Отбелязва се и по-висока честота на поведенчески и социални проблеми при децата с езиков дефицит, дори и когато езиковите способности са ефективно възстановени, Shevell, et al., 2005.

На таблицата по долу е показано развитието на комуникацията с нейните основни параметри по отношение на езика и говора, при сравнение с дете – цел на същата възраст.

Около половината от децата в клиниките за оценка и терапия на ментални нарушения в детска възраст имат езикови нарушения и около половината от децата, които получават терапия за езикови нарушения имат емоционални и поведенчески проблеми, Cohen, 2001. Тази връзка може би се развива поради проблеми в разбирането и продукцията, проблемът в езикът може да доведе до невнимание, социално отдръпване, дори до агресия. Друга възможност е децата, които имат емоционални и поведенчески нарушения да са по-нечувствителни към стимулите на възрастните в сравнение с децата с добра адаптация. Последната алтернатива е децата с поведенчески и емоционални нарушения и езиков дефицит да са повлияни от еднакви или сходни фактори – невробиологични или средови, Rescorla, et al., 2007.

Развитие на комуникацията

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
1 година	<p>Детето може да разпознае името си</p> <p>Детето може да разбира прости инструкции</p> <p>Детето може да инициира познати думи, жестове, звуци</p> <p>Детето може да употребява думи като „мама“ и други познати думи – съществителни</p>			
1½ година	<p>Детето може да използва 10–20 думи, включително имена на хора</p> <p>Детето може да разпознава снимки на познати хора и обекти</p> <p>Детето може да комбинира две думи във фраза</p> <p>Детето може да използва думи, за да покаже желанията си</p> <p>Детето може да жестикулира, за да привлече вниманието на възрастните</p> <p>Детето може да разбере и да изпълни прости команди</p> <p>Детето може да имитира прости действия</p> <p>Детето може да изпее или изтананика нещо кратко</p>			
2 години	<p>Детето може да разбира прости въпроси и команди</p> <p>Детето може да идентифицира части от тялото</p> <p>Детето си говори само или говори, докато играе с играчки</p> <p>Детето може да задава въпроси като „Какво?“ и „Къде?“</p> <p>Детето може да състави изречение от 2–3 думи</p> <p>Детето може да каже нещо за себе си</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
2 години	<p>Детето може да назове предмети по картинки</p> <p>Детето може да откаже с фраза от поне 2 думи</p> <p>Детето може да образува множествено число на някои думи</p> <p>Детето има речник от около 300 думи</p> <p>Детето може да си поиска храна или напитка</p> <p>Детето може да се концентрира върху разговор около 6–7 минути</p> <p>Детето успява да разгледа правилно книжка</p>			
2½ години	<p>Детето има речник от около 450 думи</p> <p>Детето може да каже първото си име</p> <p>Детето може да използва минало време на глаголи и множествено число на съществителни</p> <p>Детето може да комбинира някои съществителни и глаголи</p> <p>Детето може да разбира думи и изрази за време като „снощи“, „утре“</p> <p>Детето може да говори за себе си с „аз“</p> <p>Детето опитва активно да привлече вниманието на възрастните с изрази като „Виж“</p> <p>Детето обича да слуша много пъти една и съща история</p> <p>Детето може да използва „не“</p> <p>Детето може да отговори на въпроси „Къде ...?“</p> <p>Детето може да използва кратки изречения</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
2½ години	<p>Детето може да покаже с пръсти на колко години е</p> <p>Детето може да говори с други деца и възрастни</p> <p>Детето може да експериментира с произношение на говорни звукове</p>			
3 години	<p>Детето може да изпълнява по-сложни инструкции</p> <p>Детето говори на себе си</p> <p>Детето може да каже име и фамилия, пола си, къде живее и някои кратки стихчета</p> <p>Детето може да разкаже кратка история</p> <p>Детето може да направи изречения от 3–4 думи</p> <p>Детето има в речника си около 1000 думи</p> <p>Детето може да нарисува кръг и вертикална линия</p> <p>Детето може да изпее част от песен</p> <p>Детето може да се концентрира върху вербална дейност около 8–9 минути</p>			
4 години	<p>Детето може да посочва и назовава цветовете</p> <p>Детето може да посочва и назовава цветовете</p> <p>Детето може да посочва и назовава цветовете</p> <p>Детето може да разпознае кръст, триъгълник, кръг и квадрат</p> <p>Детето разбира значението на изрази „другия месец“, „следващата година“</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
4 години	<p>Детето може да направи изречение от 4–5 думи</p> <p>Детето може да задава въпроси с „Кой...?“ и „Защо...?“</p> <p>Детето може да използва сложни изречения</p> <p>Детето може да се концентрира върху вербална дейност 11–12 минути</p> <p>Детето може да замества думи и да обяснява думи и изрази</p>			
5 години	<p>Детето може да дефинира обекти по тяхната функция и това от какво са направени</p> <p>Детето може да каже къде живее</p> <p>Детето познава и назовава монетите</p> <p>Детето може да каже изречения от по 5–6 думи</p> <p>Детето има речник от около 2000 думи</p> <p>Детето може да произнася говорните звукове правилно с възможни изключения</p> <p>Детето знае противоположности</p> <p>Детето разбира думи като „еднакъв“ и „различен“</p> <p>Детето може да брои до 10</p> <p>Детето може да използва бъдеще, сегашно и минало време на глаголите</p> <p>Детето може да се концентрира върху вербална дейност около 12–13 минути</p> <p>Детето може да попита за информация</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
5 години	<p>Детето може да разпознае лявата и дясната си ръка</p> <p>Детето може да използва различни видове изречения</p> <p>Детето показва интерес към писане на букви</p>			
6–7 години	<p>Детето може да идентифицира фонетично повечето звукове</p> <p>Детето може да разпознае семантични и синтактични ключове, свързани с четенето и писането</p> <p>Детето може да измисля истории и да ги разказва с изречения</p> <p>Детето може да разбира понятия за време и пространство като „преди“, „след“, „втори“, „трети“</p> <p>Детето може да разбира понятия като „няколко“, „много“, „всички“</p>			
8, 9, 10 години	<p>Детето успява да изпълни правилно поредица от инструкции</p> <p>Детето може да замества думи при четене и писане</p> <p>Детето може да възпроизведе чути изречения и да запомня и рецитира стихотворения</p> <p>Детето може да се ориентира по вербално описание</p> <p>Детето може да класифицира думи</p> <p>Детето може да разбира отношения като „причина и следствие“</p> <p>Детето може да дефинира думи в контекста на определено изречение</p> <p>Детето може да разкаже за себе си</p> <p>Детето може да помоли за помощ</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
8, 9, 10 години	<p>Детето може да проведе кратък разговор с приятели</p> <p>Детето може да проведе разговор по телефона</p> <p>Детето може да даде инструкция за игра, да разказва история, филм или да предаде разговор</p> <p>Детето може да пише, включително и под диктовка</p> <p>Детето може да разбира хумора</p>			
11, 12, 13, 14 години	<p>Детето показва социални и интерперсонални комуникативни отношения (съответни за възрастта)</p> <p>Детето има съответните за възрастта взаимоотношения с връстниците</p> <p>Детето може да говори по сложни теми и да дефинира думи</p> <p>Детето може да използва фигуративен език</p> <p>Детето може да конспектира съдържание на текст</p> <p>Детето може да си води бележки, да задава въпроси и да коментира съдържание на текст</p>			
Юношество и ранна зрялост	<p>Юношата може да интерпретира емоции, нагласи и намерения по време на комуникация вербално или не вербално</p> <p>Юношата може да приеме и демонстрира ролята на друг човек</p> <p>Юношата разбира правилата на социалното поведение</p> <p>Юношата показва съответни реакции при демонстриране на любов, афект, одобрение</p>			

Развитие на комуникацията (продължение)

Възраст	Развитие на езика и говора	Сравнение с дете – цел на съответната възраст	ДА	НЕ
Юношество и ранна зрялост	Юношата може да противопоставя, интерпретира, анализира нова информация Юношата може да общува ефективно устно и писмено			

3. Когнитивно развитие

Когнитивното развитие включва способностите на детето да решава задачи, да мисли и да взема решение. То интегрира способностите не само да учиш и разбираш, но и да задържаш информацията и да я използваш, когато е необходимо, Wolraich, 2003.

Когнитивните способности включват мислене, перцепция, памет, разсъждение, вземане на решения, решаване на проблеми, абстрактно мислене. Езикът, с неговите изисквания за символизация и мислене е една от най-съществените и сложни когнитивни способности, Dockrell, 2001.

4. Личностното и социално развитие

Най-общо социалното развитие включва взаимоотношенията на детето с другите и неговите способности да се включва и да функционира подходящо в групата. Социалното развитие се формира чрез взаимоотношенията на детето, формирането и поддържането на приятелства, отговорността в присъствието на другите. Психосоциалното изоставане се представя чрез поведенчески обнормности, които отличават поведението на детето от нормалното за възрастта поведение според количеството, тежестта, природата и продължителността, Wolraich, 2003.

Емоционалното развитие включва развитието на личностовите черти, самооценката, способността да се влиза в реципрочни емоционални взаимоотношения, настроението и афекта, които са подходящи за възрастта и ситуацията, Dockrell, 2001. В предучилищна възраст детето

разширява социалните си взаимоотношения извън семейството и развива взаимоотношения и кооперативност в играта и съвместните дейности с връстниците.

Детето започва да разбира, да проучва, да имитира и практикува социалните роли. То научава концепцията „правилно“ и „грешно“ и започва да разбира природата на правилата и това води до самооценяване и подпомага развитието на самочувствието. То започва да преживява вината, Dockrell, 2001.

Роля на оценката

Развитийните области, които се включват в оценката при тестовете могат да се представят по следния начин:

Област		Сравнение с дете – цел на съответната възраст
Моторни умения	груба моторика фини моторни умения фини моторни умения	
Перцепция	слухова слухова	
Когниция	учене памет планиране на дейността	
Език и говор	разбиране продукция говор	
Социално-емоционално развитие	способности да формира близки и сигурни взаимоотношения способности да експресира емоции способности да експресира емоции	
Адаптивни умения	способности да се справя с ежедневни дейности	

Около 5 до 10% от педиатричната популация има нарушения в развитието, Simeonsson, Sharp, 1992. За целите на терапията и ранното възстановяване е изключително съществено децата с нарушения в развитието да бъдат идентифицирани възможно най-рано, колкото по-рано, толкова по-добре, с фокус върху периодът преди 2 годишна възраст.

Индивидите с нарушения в развитието имат по-висок риск за развитие на поведенчески и емоционални нарушения, а също и за развитие на сериозни психиатрични заболявания. Оценката на развитието е част от диагностичния процес. Развтийната диагностика се отнася към систематично оценяване и интеграция на човешките развтийни характеристики. Целта на диагностиката е да направи надеждно описание на статуса на развитието и да оцени потенциала за бъдещо развитие. Теорията, моделите и изследванията, подлежащи при оценката на развитието се основават на психологията на развитието, клиничната психология, развтийната невробиология, психиатрията, Petermann, Macha, 2008.

Използвана литература

1. Cohen, N. J. (2001) Language impairment and psychopathology in infants, children and adolescents. Thousand Oaks, CA: Sage
2. Dockrell, J. E. (2001) Assessing language skills in pre-school children, *Child Psychology and Psychiatry Review* 6 (2), 74–83.
3. Petermann, F. Macha, T. (2008). Developmental Assessment. *Journal of Psychology*, 3, 127-134
4. Rescorla, L. Ross, G.R., McClure, S. (2007) Language delay and behavioral/emotional problems in toddlers: Findings from two developmental clinics, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1063-1078.
5. Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemer, A., Oskoui, M. (2005) Developmental screening, *Journal of Child Neurology*. Jan; 20 (1): 4–21
6. Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R. W., Webster, R., et al. (2005) Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine and Child Neurology* 47 (10): 678–83.

7. Simeonsson, R. J., Sharp, M. (1992) Developmental delay: Signs and symptoms. In R. Hoekelman et al. (Eds), *Primary Pediatric Care*, 2nd ed. St. Louis: C. V. Mosby Co.
8. Simpson, G.A., Colpe, L., Greenspan, S. (2003) Measuring Functional Developmental Delay in Infants and Young Children: Prevalence Rates from the NHIS-D, *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 17: 68–80
9. Wolraich, M. L. (2003) *Disorders of Development and Learning*, *European Journal of Neurology*, Volume 10, Issue 5, page 603, September

ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Първият официален изследователски труд, посветен на детската церебрална парализа, принадлежи на английския хирург William John Little, който през 1861 г. за първи път описва редица разстройства, характеризиращи се със спазми в мускулите на долните, а понякога и в мускулите на горните крайници, задръжки в развитието на моториката и нарушена координация при децата. Доктор Little е въвел термина „Болест на Little“ (или синдром на Little), който понякога се използва и днес за описание на спастичната церебрална парализа.

Една от най-честите причина за трайно намалена възможност (или липсата на такава) за социална адаптация в детската възраст е детската церебрална парализа (ДЦП). Честота на ДЦП в популацията е 1–3/1000 живородени деца. Детската церебрална парализа е сборно понятие и се възприема като „чадър“, покриващ широк спектър от неврологични симптоми, настъпили в ранните етапи на мозъчното развитие. Те са резултат на неразвитие или непрогресираща увреда на детския мозък по време на бременността (пренатално), раждането (перинатално) или в първите месеци на новороденото (постнатално).

Клинично се установява различен по сила на изразеност и локализация двигателен дефицит, промяна на мускулния тонус, смущения на координацията, нарушение на позата на тялото, поява на неволеви движения, нарушение на фината моторика. Освен моторното разстройство, възможна е увредата и на други функции с моторни елементи като говор, хранене, очни движения. Моторните нарушения на церебралната парализа често са съпътствани от сензорни, обучителни, когнитивни и/или поведенчески и емоционални нарушения, включващи дефицит на вниманието с хиперкинетично разстройство, депресия или разстройство от аутистичния спектър, нарушена комуникация, перцепцията, интелектуален дефицит, които понякога се комбинира с епилепсия, слепота, глухота и други.

Съвременния невро-кинезиологичен анализ определя ДЦП като смущения в позиционната и локомоторна координация поради увреда, засягаща развиващия се мозък, като се нарушава автоматичното взаимодействие на мускулите и се деформира нормалното телодържане и хармоничността на двигателния акт. Движенията не могат да се дозират правилно, поради което те са бавни, вдървени, тремави, накъсани, треперещи или разхвърляни, според мястото на мозъчната увреда, като винаги е налице трупна хипотония и нарушени равновесни реакции, както и наличие на примитивни стереотипи и механизми.

Етиология и рискови фактори

В зависимост от времето на действие на патогенния фактор се разграничават три периода – пренатален, перинатален и постнатален. Най-често увреждането на мозъка е свързано с втρεутробно действащи фактори. Следват по честота перинаталните и тези от постнаталния период. В голяма част от случаи причинните фактори остават неясни.

- ▶ *Пренатален период* – Едни от най-често срещаните фактори, причиняващи детска церебрална парализа през пренаталния период, са: болести на майката, втρεутробни инфекции, кръвна несъвместимост на родителите, прием на лекарства и излагането на вредни влияния по време на бременността (токсини, вредни лъчения, употреба на алкохол, наркотици, тютюнопушене и др.).
- ▶ *Перинатален период* – Водещи фактори при увредата на мозъка по време на раждане са: хипоксията и родовата асфиксия, увита пъпна връв, раждане чрез форцепс или вакуум. Многоплодната бременност, недоносването и преносването на плода са много съществени рискови фактори. При преждевременно родените деца рискът за ДЦП е с 30% по-голям от родените деца в термин.
- ▶ *Постнатален период* – Менингити, енцефалити, интоксикации, травматични мозъчни увреждания, престой в кувьоз, дихателна недостатъчност и дехидратация са най-разпространените, в следродовия период, фактори, които могат да доведат до детска церебрална парализа.

Изброените причини могат, но не винаги водят до едно мозъчно увреждане, поради твърде различната индивидуална чувствителност на мозъка към увреждащия фактор.

Форми и клинична картина

Съществуват множество класификации на детската церебрална парализа и науката все още работи в посока на уеднаквяване, обогатяване и подобряване на вече съществуващите такива, с цел изграждането на универсална система за класификация. Поради своята мултидисциплинарност и разнообразни прояви, детската церебрална парализа се дели на различни видове и влиза в различни класификации обезпечаващи специфичните аспекти важни за различните хора ангажирани с детето с церебрална парализа.

1. Класификация на ДЦП в зависимост от тежестта на проява

Този тип класификация, макар че не е изградена на базата на конкретни и ясни критерии, е често използвана при описването на ДЦП. Тя се оказва доста проста за представяне на обхвата на увреждане, когато не се изисква точност, и е подходяща за родители, учители, възпитатели, медицински сестри и помощен персонал. Формите, които се включват в този модел са: *лека, умерена и тежка*.

- ▶ Лека – Леката форма на церебрална парализа означава, че детето може да се придвижва без чужда помощ и ежедневните му дейности не са ограничени.
- ▶ Умерена – Умерената степен на церебрална парализа означава, че едно дете ще се нуждае от скоби, лекарства и адаптивни технологии за изпълнение на ежедневните дейности.
- ▶ Тежка – Тежката форма на церебрална парализа означава, че едно дете ще изисква инвалидна количка, и ще има значителни предизвикателства за изпълнение на ежедневни дейности.

2. Класификация на ДЦП, базирана на топографското разпределение

Топографската класификация описва засегнатите части на тялото. Когато се използва тази класификация, тя ни дава описание как и къде е засегнато детето от церебралната парализа. Този тип класификация е полезна при изготвянето на протоколи за лечение и терапия.

Две понятия са в основата на терминологията на този класификационен модел: *пареза/парализа* – намалената мускулна сила, и *плегия* – пълното отсъствие на активни движения.

- ▶ *монопареза* – когато нарушението на мускулната сила засяга само един крайник. Смята се, че това може да бъде под формата на хемиплегия, където единият крайник е значително увреден.
- ▶ *дипареза* – тук се включват случаите, при които са засегнати само двата крака или само двете ръце, а другите два крайника са без парези и парализи или те са значително по-слабо засегнати.
- ▶ *хемипареза* – засягат се единият крак и едната ръка съответно от лявата (левоностранна хемипареза) или дясната (десностранна хемипареза) страна на тялото. По-често срещана е десностранната хемипареза и обикновено ръката е по-силно засегната от крака.
- ▶ *квадрипареза* – квадрипаретичният синдром засяга четирите крайника, като ръцете са еднакво или повече увредени от краката. Синоними са тетраплегията и двойна хемиплегия.

3. Класификация на ДЦП, основана на локализацията на мозъчните лезии

В зависимост от мястото на мозъчната лезия, се наблюдават различни клинични форми: *пирамидална, екстрапирамидална, церебрална и смесена*.

- ▶ *Пирамидална форма* – тя се характеризира с повишен мускулен тонус (хипертония). Мускулите са в непрекъсната спастика, схванати, ригидни и трудно се релаксират. Рефлексите са патологични и преувеличени. Движенията са резки и неволеви (хиперкинезии). Засегнати са ръцете и краката, а често и езика, устните и фаринкса, което води до проблеми с говоренето, храненето, гълтането и дишането.
- ▶ *Екстрапирамидална форма* – за тази форма е характерно намаленият мускулен тонус (хипотония) и/или променлив мускулен тонус. Една от основните характеристики на екстрапирамидалната форма са неволевите движения. Движенията могат да бъдат бързи или бавни, често повтарящи се, а понякога и ритмични. Неволевите движения нарушават нормалната статика и походка, още повече, че се засилват при физическо и психическо натоварване.
- ▶ *Церебрална форма* – тя се наблюдава най-рядко. В началото се наблюдава мускулна хипотония, а в следствие водеща е малкомозъчната увреда, характеризираща се с липса на равновесие и координация на волевите мускулни движения в различна степен

(атаксия). Децата прохождат късно (към 3–5 годишна възраст) и походката бавно се стабилизира (към 6–7 годишна възраст).

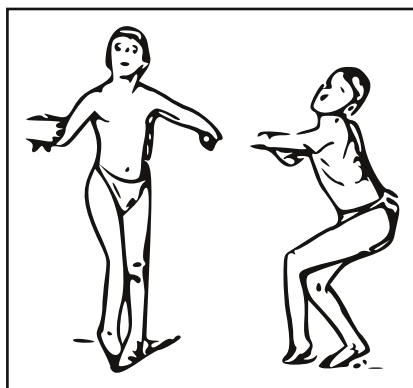
- ▶ *Смесени форми* – срещат се различни комбинации на пирамидна лезия (парези) с хиперкинези или дискоординационни нарушения. Тези деца имат епилептични припадъци и значителен интелектуален дефицит.

4. Класификация на ДЦП, основана на доминиращата невромоторна аномалия

Този модел определя следните групи, описващи детската церебрална парализа: *спастична, дискинетична, атаксична и смесена*.

- ▶ *Спастична церебрална парализа* – най-големият процент от децата с ДЦП попада в тази форма – между 70–80%. Характерно за спастичната церебрална парализа е силно повишеният мускулен тонус, който се засилва при възбуда, страх или болка. Движенията са сковани, бавни, като понякога самата двигателна инициатива е намалена. Едновременно напрегнати са и сгъвачите, и разгъвачите, отговарящи за дадено движение, при което движението се извършва с голямо напрежение и в непълен обем. В зависимост от това кои крайници засяга спастичната форма на церебрална парализа те биват:

- ▶ *Диплегична (болест на Little)* – двигателният дефицит е предимно в долните крайници. Мускулният тонус е силно повишен. Краката са в така наречената поза „ножица“ (виж картина 1). Рефлексите са силно повишени, отчитат се многократни ритмични съкращения на мускулите на стъпалата при еднократно, но продължително разтягане на сухожилието (клонуси). При тези деца има контрактури на ахилесовите сухожилия, коленните стави, аддукторни и/или вътрешноротаторни контрактури на тазобедрените стави, което налага многократни оперативни интервенции. Децата прохождат доста късно след продължителна кинезитерапия. Имат нормален интелект или лека



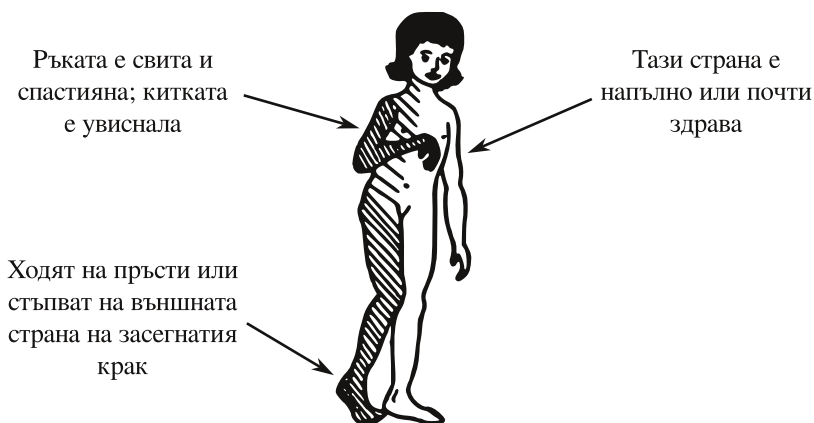
Картина 1. Поза ножица.

степен на интелектуален дефицит. Процентът на децата с епилептична симптоматика е малък.

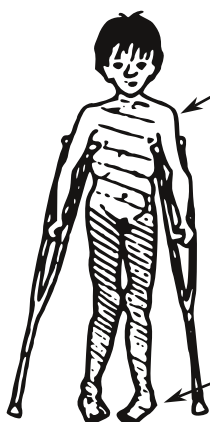
- ▶ *Хемипаретична* – първите прояви на хемипаретичната форма на спастичната церебрална парализа се наблюдават още в 4–5 месец от раждането на детето. Характерни са едностранни двигателни нарушения, които засягат по-силно ръката, отколкото крака. Спастиката е по-силно изразена предимно от лакътя надолу. На лице е намалена мускулна сила, повишен мускулен тонус повече в свиващите мускули на горния крайник и изпъващите мускули на долния крайник. Рефлексите са повишени и се отчита наличието на патологични. Често има атрофии и контрактури в китките и стъпалата. Прохождането е забавено. Водещи проблеми са тежкият двигателен дефицит в ръката и честата изява на фокални и/или вторично-генерализирани епилептични припадъци. При някои от децата се наблюдават езиково и говорни нарушения (дизартрия). Наличието и на нарушения на висшите корови функции (пракис, гнозис, телесна ориентация) затрудняват обучението.
- ▶ *Квадрипаретична (двойна хемиплегия)* – при тази форма на церебрална парализа диагнозата се поставя рано. Новородените са отпуснати и сънливи. При опит за изправяне главата остава силно извита назад. Към шестия месец неврологично се установява централна квадрипареза (пареза и на четирите крайника) със спастично повишен мускулен тонус, който води до множество контрактури. Ръцете са сгънати в лактите, а краката изпънати и кръстосани в средната линия, пръстите на стъпалата сочат навътре. Налице са нарушения в сукането, гълтането, дъвкането, движенията на езика, фонацията. Наблюдават се устойчиви неволеви мускулни контракции, които причиняват повтарящи се движения и/или ненормални пози (дистония). Неволеви движения и спазми на лицето и шията. Голяма част от децата имат очедвигателна симптоматика, атрофия на зрителните нерви, интелектуален дефицит, значително изоставане в говорното и езиково развитие. Над 50% от тях имат епилептични пристъпи. Децата със спастична квадрипареза са трудно обучаеми и само някои от тях проходимат с помощни средства.

- ▶ *Дискинетична церебрална парализа* – между 10–15% от децата, страдащи от ДЦП, попадат в тази форма. Дискинетичната церебрална парализа се припокрива с описаната симптоматика при екстрапирамидната форма. Отнася се за тежко двигателно нарушение, характеризиращо се с наличието на неволеви движения (треморни, ротаторни, полюшващи и др.), които увреждат волевите. Те

**Кракът и ръката от едната страна
(хемипареза)**



**Двата крака
(парипареза)**



Горната част на тялото е нормална или с минимални признаци на увреда

Развиват контрактури на глезените и стъпалата

**Двата крака и двете ръце
(квадрипареза)**



Хиперкинезии и хипотонии на ръцете, главата и дори устата

Имаг тежки мозъчни увреди и често не се научават да ходят

Коленете са събрани и притиснати

Краката и стъпалата са обърнати навътре

Картина 2. Изглед на засегнатите крайници при трите форми на спастична ЦП.

се предизвикват от бързо и силно променяне на мускулния тонус от понижен или нормален до много повишен и обратното. С мъка се задържа определена позиция. Атетозните и дистоничните хиперкинези (неволевите движения) се локализируют в мускулите на крайниците, езика, гълтателната и фонаторна мускулатура, лицето и др. Тези неконтролируеми и неволеви движения могат да са спонтанни или да се провокират или повишат от сензорно дразнене (шум, докосване, светлина), физическо или интелектуално усилие, емоции. При умора, сънливост, температура или силно заангажиране на вниманието – намаляват. Установява се екстрапирамидна дизартрия - нарушения на звукопроизношението и на речевата прозодика (интонация, темп, ритъм, емоционална окраска), възникващи в резултат на недостатъчност на инервацията на артикулаторните органи. В леките случаи е налице неясен и размазан говор, а в тежките – изобилие от литерални парафазии (заменяне на дадена фонема с друга), правещи речта напълно неразбираема. При пълна невъзможност за артикулация се говори за анартрия. При говорене се проявяват насилствени движения (хиперкинези). В по-леките случаи речта е размазана, гласът е с носов оттенък, темпото, ритъмът и интонацията също са нарушени, често говорят на срички. Много често гласът затихва или изчезва. Децата имат затруднени училищни умения, често породени и от увреден слух.

- ▶ *Атаксична (хипотонична) церебрална парализа* – в тази група попадат най-малка част от децата с ДЦП, около 1–2%. Тук водеща е малкомозъчната атаксия (липса на равновесие и координация на волевите мускулни движения) с мускулна хипотония (намален мускулен тонус). Атаксичната форма на церебрална парализа се характеризира с мускулна хипотония и отпуснатост в първите месеци и атаксични прояви след това. Децата са нестабилни поради силно увредените равновесни реакции. Волевите движения са бавни, несръчни, некоординирани и придружени с тремор. Основните и рутинни действия като сядане, ставане, ходене, обличане, са нарушени. Поради нарушеното равновесие в изправено положение децата се чувстват нестабилни и стоят прави с широко разкрасени крака олюлявайки се. Походката също е нарушена. Те ходят с широко разкрасени крака, влачат краката си за по-голяма стабилност, залитат в неопределена посока, правят неравномерни крачки. Не

могат да преценят скоростта, дистанцията до предмета и ритмичността на движенията. Предметите често се пропускат или не се достигат при опит да бъдат взети. Нарушена координация око – ръка. Поради нарушената координация на артикулаторната и говорна мускулатура, говорът е бавен, насечен, често „експлозивен“. При писане думите се изписват с огромни букви, изкривени и неравни. За този тип церебрална парализа не са характерни епилептични припадъци. При около половината от децата с атаксична форма се установява езиков и интелектуален дефицит.

- ▶ *Смесена церебрална парализа* – срещат се различни комбинации от симптоми, характерни за различни форми на церебрална парализа. Най-честа е комбинацията на клинични картини, характерни за спастичната и атетозната церебрална парализа. Т.е. има комбинация от спастични и неспастични симптоми и белези. И тук се наблюдава забавяне в психомоторното развитие. В тази група попадат между 10–33% от децата с церебрална парализа.

5. Класификация на ДЦП, основана на грубите моторни функции *GMFCS (Gross Motor Function Classification System)*

GMFCS е пет степенна класификационна система, която описва (съответства на) грубите двигателни функции и умения на детето или младежа с церебрална парализа, въз основа на способността за самостоятелно движение, сядане, ходене и придвижване с количка. Различията между нивата се основават на функционалните възможности, нуждата от помощни средства (проходилки, патерици, бастуни) или инвалидни колички, както и в много по-малка степен, качеството на самото движение. GMFCS е съобразена с възрастта на детето с церебрална парализа. Има скали за измерване на следните възрастови групи: 0–2; 2–4; 4–6; 6–12; 12–18 години. Скалата, представена по-долу, е обща и не е разписана за конкретна възрастова група.

- ▶ *GMFCS Ниво I* – Децата ходят и изкачват стълби без ограничения. Бягането и скачането са възможни. Скоростта, баланса и координацията са засегнати.
- ▶ *GMFCS Ниво II* – Децата ходят с ограничения. В ограниченията се включват ходене на дълги разстояния, неравен терен и пазене на равновесие. Изкачването на стълби става с подпомагане с ръка. Не могат да тичат или скачат. Нуждае се от използването на помощни

средства, когато се учи да ходи, обикновено прохождат преди 4 годишна възраст. При по-дълги разстояния, навън, могат да са необходима количка или друго помощно средство на колела.

- ▶ *GMFCS Ниво III* – Детето ходи с адаптирано помощно съоръжение. Нуждае се от ръчни помощни средства, за да ходи на закрито, като същевременно използва количка в общността и в училище. Изкачва стълби с подпомагане с ръка. Може да седи самостоятелно или с ограничена външна подкрепа и има известна независимост в седнало положение.
- ▶ *GMFCS Ниво IV* – Самостоятелното придвижване става с използване на (електрическа) инвалидна количка. Обикновено не може да седи самостоятелно и свободните движения при седеж са ограничени. Придвижването и транспортирането е с ръчна или електрическа инвалидна количка.
- ▶ *GMFCS Ниво V* – Изисква използването на помощни технологични средства и физическа помощ. Транспортирането и придвижването става само с помощта на ръчна инвалидна количка. В много редки случаи придвижването може да стане самостоятелно, ако детето успее да се научи да ползва автоматична инвалидна количка. Те са напълно зависими от грижещия се за тях човек.

Общи характеристики на ДЦП

Както стана ясно, най-характерните симптоми за детската церебрална парализа са нарушенията на двигателните функции, изразяващи се в невъзможност или ограничение на волевите произволни движения. Децата с ДЦП прохождат късно, ходенето е трудно или изобщо невъзможно. Движенията и манипулирането с ръцете също е силно затруднено, некоординирано или почти невъзможно. Нарушената поза на тялото или неспособността да се запази такава също е много характерно за децата с церебрална парализа. Ето защо при обучението им е важно седежът да бъде добре обезпечен. Ако детето може да стои на стол, е добре той да е с подлакътници и, ако се налага, може да се сложат възглавници, за да подобрят позата и да създадат по-добър комфорт на детето. *Добрата поза на тялото, с изправен гръб, подпомага дишането, а това позволява по-доброто произнасяне на думите и дава по-голяма свобода и лекота на движението на*

ръцете, което способства за по-коректното манипулиране с предметите.

Ако детето е в количка, масата или бюрото трябва да бъдат съобразени с нея, т.е. те трябва да са на подходяща височина и да нямат гръб, който да пречи на количката да влезе под нея. Друг вариант е на самата количка да се приспособи плот, който да служи като маса.

В някои случаи при децата с ЦП има пареза на очните мускули, която се изразява в това, че те могат да фиксират погледа си само на право, но не могат да фиксират движещ се обект по всички направления. Това респективно пречи на едно такова дете да чете, например, от цялата училищна дъска, а само от някои нейни части. Това налага детето да седи на такова място в стаята, че да може да вижда колкото се може по-голяма част от дъската или таблото. Поради същата тази причина книгата или учебникът, от където то чете, трябва да са разположени точно пред него и, ако се налага, при четене книгата да се предвижва пред погледа му. Късогледството, далекогледството и страбизма също са често срещани проблеми, поради което някои от децата наклоняват глава, за да фокусират определен обект. При обучението на тези деца е добре да се знае при каква позиция и отстояние те успяват най-добре да видят обекта или предмета.

Деца с ДЦП се справят много трудно с писането, а част от тях никога не се научават да пишат. Ако затрудненията в писането се дължат предимно и основно на двигателния дефицит, то биха могли да се използват алтернативни средства за писане – компютър, готови букви или думи, които то да подрежда или да посочва. При тези деца, при които все пак има захват и водещо при проблемите с писането е фината моторика и координацията, е препоръчително да се използват по-дебели химикалки или такива със специално оформени улеи за пръстите. Повдигането на лакътя на ръката в някои случаи също подпомага процеса на писане. Тези деца пишат значително по-бавно и трудно от връстниците си, буквите са несъразмерни (предимно по-големи), написаното е нечетливо, трудно спазват редовете. Те много по-лесно се научават да пишат с печатни букви, отколкото с ръкописни. Темпото на диктуване при децата с ЦП трябва да е много по-бавно и съобразено с техните индивидуални способности.

Гласът у децата с детска церебрална парализа също може да бъде засегнат. Той е слаб, носов, дрезгав, лошо модулиран, монотонен и

затихващ. Първите думи от изречението, а понякога и първата сричка на думата, се произнасят силно и след това гласът преминава в шепот. При малкомозъчните лезии е налице така наречения „скандиран” говор, поради насечения характер на говора и неговата променяща се модулация с моменти на затихване и усилване (експлозивност) на звука. Това се дължи на нарушената координация на говорната и дихателна мускулатура. Парезите на артикулаторните органи и лошата координация спомагат за това говорът, при тези деца да е забавен, тромав, дисфлуентен, замазан, неизразителен, затруднен, неспокоен и произношението да е трудно и с усилие от страна на детето. Поради тези причини трябва да се прояви по-голяма толерантност и търпимост, да се изчака и изслуша детето. Често тези деца имат саливация, която трудно се научават да контролират.

Освен органични причини, при децата с церебрална парализа съществуват и други фактори за появата на проблеми в обучението. Това са така наречените психо-социални фактори: свръхобгрижването и свръхпротективното отношение от страна на родителите, не позволява на детето да постигне максимума на своите възможности и способности, да изгради своята воля, да развива свойствата на вниманието, явяващи се важна предпоставка за едно успешно обучение. От друга страна, при децата с ЦП се среща социална занемареност – техните социални контакти са сведени до минимум, което води до изолация и невъзможност за изграждане на поведенчески модели в обществото.

Вниманието е ключово при изграждането на всички когнитивни функции. То се изгражда постепенно и е съставено от пет компонента: концентрация, устойчивост, обхват, превключваемост, разпределяемост. Те взаимно се надграждат и включват предходните.

- ▶ *Концентрация* – задържане на вниманието върху даден обект
- ▶ *Устойчивостта* – продължителността на времето, през което човек може да се съсредоточи върху даден обект или действие.
- ▶ *Обхват* – съсредоточеност и устойчивост към повече от един обект. Съществува само при наличието на концентрацията и устойчивостта.
- ▶ *Превключваемост* – това е способността за преместване на концентрацията и устойчивостта към различни обекти от обхвата.
- ▶ *Разпределяемост* – адекватно преместване и задържане на вниманието върху въздействащите обекти, адекватно по време, размер,

разпределяне на концентрацията, устойчивостта и превключваемостта върху обектите от обхвата с оглед на крайната цел – приспособителен отговор. Необходимо е да са налице предходните четири компонента.

При децата с церебрална парализа обикновено са засегнати горните слоеве – превключваемост и разпределяемост. Тези деца много трудно преминават от една дейност на друга. При други деца споменатите слоеве не са изградени, а при трети – проблемът е още на ниво концентрация и устойчивост. Често тези деца имат стеснен обхват на внимание.

Не рядко дефицитът на вниманието се съчетава с хиперкинетичност. В тези случаи децата са свръхактивни, неустойчиви, импулсивни. Бързо скачат от една дейност на друга, без да довършат нищо до край. Проблемите във вниманието рефлектират върху способността за зрително-моторна координация, психомоторна скорост и всички останали когнитивни функции, защото липсва стабилна основа, върху която да се изграждат.

Често децата с церебрална парализа демонстрират нарушения в мисловната сфера, проявяваща се със затруднена гъвкавост на мисленето, затруднено разбиране на основната мисъл, бедност на асоциативните връзки, трудности в разбирането на сложни логико-граматически структури и категории, установяване на причинно-следствени връзки. Тяхното мислене е най-често нагледно-образно и те рядко развиват логическата и абстрактната степен на мисленето. Освен това имат трудности при способностите за анализ, синтез, сравнение, класификации, аналогии, сложни аналогии.

Интелектуалното функциониране при деца с церебрална парализа варира от различни степени на умствено изоставане през задръжка в психичното развитие до интелект, който е в норма спрямо календарната възраст.

Като висша когнитивна функция и пространствената ориентация също може да бъде нарушена. Децата с ДЦП не могат да следват описания, затрудняват се в последователността при извършване на даден двигателен акт; бъркат дните на седмицата, месеците в годината; затрудняват се при разпознаването на часовете и др. Соматогнозисът и схемата на тялото също се оказват доста трудни за детето с церебрална парализа. Соматогнозисът е събирателен термин за цялото познание,

което човек има за своето тяло, неговото пространствено положение и семантиката му. Той е изградената способност да се осъзнава и идентифицира собствената телесна схема, тъй като веднъж изградена тя става основа за разпознаването и дефинирането на другите тела. Тази способност включва познаването на частите на тялото и разположението им една спрямо друга, както по принцип, така и в даден конкретен момент. Децата имат проблеми с разбирането (посочването) и назоваването на частите на тялото, позицията на тялото (легнал, седнал, прав) и пространствените локализации (горе–долу; пред–зад).

При много от децата с церебрална парализа други увреждания също влияят върху способността за извършване на ежедневните функции. Част от тези увреждания могат да се окажат значително по-инвалидиращи и ограничаващи, отколкото е самият двигателен дефицит. Наличието на епилептични припадъци и гърчове, увреда на слуха и зрението, интелектуалния дефицит, когнитивните нарушения, емоционално-поведенческите проблеми.

Като най-стряскащо и същевременно увреждащо за мозъка, когнитивните способности и усвоените знания и умения се оказват епилептичните припадъци и гърчове. Ето защо в най-общ вид ще представя формите на проява на епилепсията.

По своя характер гърчовете се подразделят на:

- ▶ *Тонични* – при които мускулното съкращение трае по-продължително време – от няколко секунди до половин минута и повече.
- ▶ *Клонични* – краткотрайни, бързоследващи едно след друго, съкращения на мускулите.
- ▶ *Тонично-клонични* – съчетани е от двата вида гърчове.

Различават се три групи: *големи, малки и огнищни епилептични припадъци*.

- ▶ *голям епилептичен припадък*

Първично генерализираните големи припадъци възникват най-често след събуждане или привечер. Те се характеризират с внезапна загуба на съзнанието. При големия епилептичен припадък настъпва внезапно падане, загуба на съзнанието, тонична и клонична фаза, последвани от сън. Тоничната фаза продължава 10 или повече секунди, след което възникват генерализираните мускулни гърчове, траещи 1–2 минути. От тоничния гърч на дъвкателните мускули на лицето може да се получи

прехапване на езика, а спазъмът на коремните мускули може да предизвика изпускане по малка нужда. След клоничната фаза настъпва следприпадъчната фаза. Болният е в безсъзнание, зениците са широки и не реагират на светлина. Продължава 10 или повече минути.

► *малък епилептичен припадък*

Малките епилептични припадъци имат голяма честота и протичат с краткотрайна загуба на съзнанието – обикновено не по-продължителна от 20 секунди, без падане и без изразена гърчова компонента. Те се проявяват с краткотрайно втрещаване на погледа и застиване на тялото в определена поза, изпускане на предмети, краткотрайно спиране на четенето или писането. Понякога краткотрайната загуба на съзнание се придружава от движения на устните, езика или пръстите на ръцете.

► *огнищни епилептични припадъци*

Огнищните епилептични припадъци се характеризират с гърчове на един мускул или мускулна група. Всички видове огнищни припадъци могат да преминат във вторично генерализирани големи припадъци. Най-характерни са моторните и сензорни Джаксънови припадъци и синдром на West. Моторните Джаксънови припадъци най-често започват с гърчове в ръката, които се разпространяват към съответната лицева половина или към крака. Сетивните Джаксънови пристъпи се проявяват с мравучкания в ръката, лицето или крака. При огнищните епилепсии съзнанието остава съхранено. При синдром на West гърчове могат да протекат по три различни начина: в единия случай са съкращения, които водят до сгъване на главата, ръцете и тялото. По този начин гърчовете наподобяват на ориенталски поклон. В друг случай спазмите протичат с потрепване на цялото тяло, а в трети протичат с внезапно свиване на главата напред.

Диагностика и терапия

Диагнозата детска церебрална парализа се поставя доста трудно. Нужни са различни методи, средства и изследвания преди специалистите да са категорични в диагнозата. Минималната възраст за поставяне на диагнозата ДЦП е след 18-тия месец. Най-разпространените методи за диагностика са:

- ▶ Трансфонтанелна ехография
- ▶ Компютърна томография
- ▶ Магнитно-резонансна томография
- ▶ Ядрено-магнитен резонанс
- ▶ Генетични изследвания
- ▶ Снемане на неврологичен статус
- ▶ Снемане на подробна фамилна анамнеза
- ▶ Други изследвания за съпътстващи нарушения (епилепсия, зрение, слух, интелект)

Поради факта, че ДЦП засяга различни функции и способности на детето, прилагането на лечението е комплексно и мултидисциплинарно.

- ▶ Медикаментозна терапия
 - Лечение на спастицитета
 - Ноотропно лечение
 - Антиепилептично лечение
 - Витамини
- ▶ Кинезитерапия
- ▶ Магнитотерапия
- ▶ Електротерапия
- ▶ Ултразвук
- ▶ Механотерапия
- ▶ Лазерна акупунктура
- ▶ Хидротерапия
- ▶ Термотерапия
- ▶ Хипербарна оксигенация
- ▶ Ортопедично лечение
- ▶ Оперативно лечение
- ▶ Хипотерапия
- ▶ Логопедична рехабилитация
- ▶ Психомоторна терапия
- ▶ Психотерапия
- ▶ Трудо- и арт-терапия

Използвана литература

1. Treatment of cerebral palsy and motor delay – Sophie Levitt
2. Cerebral Palsy: Classification and Epidemiology – Amy Thornhill Pakula, MDA, Kim Van Naarden Braun, PhD, CDCb, Marshalyn Yeargin-Allsopp, MD, CDCb
3. GMFCS – E&R Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston, 2007 *CanChild Centre for Childhood Disability Research*, McMaster University
4. Децата с церебрална парализа – д-р Ив. Чавдаров
5. Проект за дефиниция и класификация на ДЦП – П. Розенбаум, Б. Дан, А. Левитън, Н. Пенет, М. Бакс
6. Диагностика, рехабилитация, лечение и администриране на деца с церебрална парализа – Ив. Чавдаров, В. Божинова
7. Учебник по неврология – П. Шотеков
8. Фундаментална неврология – Л. Мавлов
9. Диагностика, клиника и терапия на нарушения в храненето при деца с ЦП и проблеми в развитието – С. Картунова, М. Макавеева, Ив. Чавдаров; Логопедия V национална конференция
10. Как воспитать гения – М. Е. Хватцев
11. Логопедия – В. Иванов
12. Диагностика и превенция на езика 3–4 – Ю. Стоянова; Р. Йосифова; М. Поппандова; Р. Нецова
13. www.psiholozi.com
14. www.news-medical.net
15. www.aacpdm.org
16. www.cerebralpalsy.org
17. www.motorgrowth.canchild.ca
18. www.premature-bg.com
19. <http://www.cpcentresof-bg.com>

СИНДРОМ НА ДАУН

Синдром на Даун е най-честата генетична хромозомна аномалия. Обособяването ѝ като самостоятелна нозологична единица става през 1866 от английския лекар доктор Лонгдън Даун. Той за пръв път описва синдрома като разстройство и той носи неговото име. Въпреки че доктор Даун направил някои важни наблюдения за синдрома, той не успял да установи какво го причинява. Етиологичният момент на това тежко заболяване е доказано от Ж. Лъожон, М. Готие и Р. Тюрпен (1959г.) с откриването на една допълнителна 21 хромозома в хромозомния набор на болните деца. В резултат на това хората, родени с този синдром, имат 47 хромозоми, а не 46 както е при здравите индивиди.

Етиология, рискови фактори и форми

Синдромът на Даун се получава вследствие на грешка при клетъчното делене, при което оплодената яйцеклетка има три копия на 21-вата хромозома. Яйцеклетката и сперматозоидът нормално съдържат по 23 хромозоми. При образуването на зиготата, от която се развива бъдещият индивид, една редица от 23 хромозоми идва от майката, а другата от бащата. Така се получава нормалният набор от хомозоми – 46. При здрав индивид от бащата идва само една 21 хромозома и от майката идва само една 21 хромозома. В зиготата има два броя 21-и хромозоми, което е нормално.

При дете със синдром на Даун – от единият родител (или от бащата, или от майката) идва не една 21-ва хромозома, а две 21-и хромозоми, т.е. при сливането на генетичния материал на сперматозоида и яйцеклетката, се получава клетка с три копия на 21-та хромозома. При деленето на оплодената яйцеклетка, тази „грешка“ се копира във всяка следваща клетка на бъдещия ембрион. И така хората със синдром на Даун имат по 47, а не по 46 хромозоми.

Този тип хромозомна аберация се установява в 95 % от случаите на синдром на Даун, наричан още свободна *тризомия 21*. Това е най-често срещаната форма на синдрома. Останалите две форми – *мозаична* и *транслокационна* се срещат значително по-рядко.

При мозаичната форма в организма се откриват както клетки с нормален брой хромозоми, така и клетки с 47. Колкото е по-голям дялът на клетките с ненормален брой хромозоми, толкова по-тежка е умствената изостаналост, но при всички случаи тази форма на синдром на Даун протича по-леко.

При тризомията и мозаичната форма кариотипът на родителите обикновено е нормален. В тези случаи рискът за раждане на второ дете със синдрома в същото семейство е почти невъзможно. Мозаичната форма на синдрома, макар и рядко, може да бъде унаследена: 1) ако един от родителите е мозайка; 2) ако майката е болна от това заболяване.

При транслокационната форма на синдрома на Даун допълнителната 21-ва хромозома не е свободна, а е свързана с една от хромозомите на 14 или 15 чифт. Тук е налице скрита тризомия. Транслокационният тип Даун е с нормален брой хромозоми (46), но една е твърде голяма, тъй като е съставена от две, свързани помежду си. Този тип се унаследява в около една трета от децата, когато единият от родителите има тази хромозомна аномалия.

В днешно време никой не знае каква е причината за появата на допълнителна хромозома в яйцеклетката или сперматозоида. Може да се роди дете с тризомия 21 във всяко семейство без значение от националност, религия, социална група. Все още остават неясни причините, които водят до тези геномни аномалии. Няма изследване, което да показва безспорно зависимост между проявата на синдром на Даун и фактори на околната среда или действия от страна на родителите преди и по време на бременността. Въпреки това, някои автори смятат, че йонизиращата радиация, различни химични въздействия, ендокринни заболявания на майката, прекарани инфекции, интоксикации и др. могат да са рискови за появата на синдрома.

Един от най-безспорните фактори за раждане на дете със синдрома на Даун е възрастта на майката. Средната честота на този синдром е 1:700, но с напредване на възрастта на майката се увеличава и

честотата. При майки над 35 години тя е 1:100, след 45 години е 1:50, а след 50 годишна възраст – 1:15 новородени.

Общи характеристики

Всички деца, родени със синдрома на Даун, имат няколко отличителни физически характеристики: малка обиколка на главата, косо разположени очни цепки (монголоиден тип), малък нос и малки уши, отворена уста с изплезен език, къса шия, голям и отпуснат корем (жабешки корем), по-къси ръце и крака, дланите са малки и широки с къси пръсти, четирипръстна бразда на ръката (маймунска бразда), широко пространство между големия и втория пръст на крака, необичайни гънки по стъпалата.

Сред най-често срещаните медицински проблеми, които пречат на ранното развитие на детето със синдром на Даун, са: сърдечни увреждания, хипотония (ниско ниво на мускулен тонус), инфекции на дихателните пътища (настинки, кашлица, инфекции на ушите и гърлото), стомашно-чревни разстройства, бъбречни заболявания, заболявания на щитовидната жлеза, нарушения в зрението и слуха, левкемия, болест на Алцхаймер.

Приблизително 40–50% от децата имат сърдечни дефекти, понякога изискващи хирургична намеса. В повечето случаи чрез операция може да се подобри състоянието на децата и те продължават да водят активен живот, но някои сърдечно-съдови заболявания са нелечими и драстично намалят продължителността на живота.

Като цяло развитието при децата със синдром на Даун е забавено и закъсняло. Те по-късно започват да се усмихват и да осъществяват очен контакт. Двигателното развитие на грубата и фината моторика също е отложено във времето. Тези деца по-късно се научават да седят, пълзят, ходят и манипулират с предмети. Това забавя познавателните им умения и изследването на заобикалящия свят.

Основна характеристика, в двигателно отношение при децата с Даун синдром, е намаленият мускулен тонус (хипотония). Когато вдигнете такова дете то е отпуснато като парцалена кукла. Ако го поставите да легне по гръб главата му ще се извърне на една страна, ръцете му ще провиснат от двете страни на тялото му, отпуснати на кушетката, а

краката му ще застанат разкрячени. Хипотонията се отразява на всяко дете със синдрома на Даун в различна степен. При някои деца тя е средно, а при други – силно изразена. Въпреки че във времето хипотонията намалява, тя остава характерен белег през целия живот.

Децата със синдрома на Даун имат намалена мускулна сила. Те бързо се уморяват, когато стоят прави или ходят. При седеж те често седят с наведен напред гръб и подпомагат седящото положение с длани подпирани или на пода, или на краката. Походката при тях е специфична – те ходят с широко разтворени крака, изпънати колена и никакво извъртане в таза.

Децата с Даун синдром имат повишена гъвкавост на ставите. Това се дължи на меки сухожилия. Тази повишаваща се гъвкавост прави ставите нестабилни, в резултат на което се затруднява балансът и равновесието.

Слухът и зрението при индивидите с Даун синдром често са засегнати, което допълнително ограничава усвояването на различни знания и умения. При обучението на дете със сензорно нарушение е важно да се следи дали очилата му са добре почистени, или дали слуховият апарат е нагласен правилно. Най-подходящо е тези деца да седят в предната част на класната стая, за да могат по-добре да възприемат учебния материал.

Езиковото и говорно развитие също закъснява и е нарушено при децата със синдром на Даун. Те по-късно се научават да разбират човешката реч и значително по-трудно започват да говорят. Характерно за тях е, че използват много невербалната комуникация, различни жестове и мимики, с които общуват с околните. Децата с Даун синдром се справят много добре с имитирането на жестове и поведения. Включването на жест, паралелно с думата или изказването, подпомага разбирането и стимулира езиковото развитие.

Разбирането на езика е по-добро, отколкото езиковата продукция. При децата с Даун синдром в езиково отношение страда много повече граматиката, отколкото прагматиката и лексиката. Понякога при говорене имат трудности в намирането на думите и формулирането на изреченията. Често имат артикулационни грешки, причините за които могат да са различни – намален слух, нарушена фонология, хипотония, недобра координация.

Когнитивното развитие при децата с Даун синдром също е забавено и по-големият процент от тях попадат в рамките на лека и умерена умствена изостаналост. Приблизително 10% имат тежка или дълбока умствена изостаналост, често придружена с допълнителни сериозни медицински проблеми.

Диагностика и терапия

В наши дни поставянето на диагнозата синдром на Даун не е никак трудно. Често този синдром се установява още при самото раждане или дори по време на бременността. Пренатално се използват: пренатален скрининг, биохимичен скрининг, ултразвуково изследване и др. След раждането болестта на Даун се поставя на базата на външните физически характеристики, но задължително се прави ДНК тест, за да се потвърди категорично диагнозата. Допълнителни изследвания се налагат, за да се установят или отхвърлят съпътстващи заболявания и/или увреждания (сърдечни заболявания, бъбречни проблеми, нарушение на слуха или зрението и др.).

Лечение на синдрома на Даун няма. Въпреки това се прилагат различни терапии за подобряване на цялостното състояние и повлияване на симптомите.

- ▶ Медикаментозна терапия
- ▶ Оперативно лечение
- ▶ Кинезитерапия
- ▶ Логопедична терапия
- ▶ Психотерапия
- ▶ Ресурсно подпомагане
- ▶ Музикотерапия
- ▶ Труд и арт-терапия
- ▶ Хипотерапия
- ▶ Плуване

Използвана литература

1. Meeting the educational needs of children with Down syndrome: keys to successful inclusion – S. Buckley, G. Bird
2. Даун синдром – същност, причини, разпространение – З. Добрев, П. Шапкова; Специална педагогика 1998
3. Деца със синдром на Даун – д-р П. Лаутеслагер
4. Учебно помагало за спортни асистенти на хора с увреждания – програма Леонардо да Винчи
5. www.healthofchildren.com
6. www.medicinenet.com
7. www.ndss.org
8. www.raredis.org

Магдалена Димитрова

АУТИЗЪМ – МАРКЕРИ ЗА РАЗПОЗНАВАНЕ НА РАЗСТРОЙСТВОТО И НАПЪТСТВИЯ ЗА РАБОТА

Независимо от множеството изследвания в областта на генерализираните разстройства на развитието, причината за появата на този тип патология остава неизвестна, а поради взаимното повлияване на развитийните нарушения в ранна детска възраст се затруднява установяването на адекватна диагноза. Поради факта, че вербалната продукция на децата с аутизъм е намалена, странна или изобщо липсва, а невербалното поведение следва свой собствен ритъм, различен от общоприетото и характерен за всеки индивид, изследването им с общовалидни методики за установяване на интелектуални нива и когнитивни функции е сериозно затруднено. Най-често то е свързано с наблюдение и даване на оценка от трето лице, не от самия индивид, което донякъде субективизира резултатите.

Това налага участието на мултидисциплинарен екип и по-продължително наблюдение, за да може да се установи правилна диагноза, адекватна за състоянието на детето, а оттам и да се случи интегрирането му в масова детска градина или училище. В някои случаи е необходима медицинска интервенция, в други психотерапия, в трети логопедична терапия, като нито една от изброените не би била от полза, ако не се приложи в правилния случай. Очевидно полиетиологичните особености на аутизма го правят изключително труден за диагностициране, но при правилно извършено наблюдение и установяване на първопричината за появата му, доколкото това е възможно, шансовете за прогрес в развитието на детето значително се увеличават. И обратното – намаляват в случай на неправилно терапевтично поведение. В подкрепа на последното ще представим пример: В практиката все по често срещаме в едно звено за полагане на грижи за деца със специални нужди, случай с детски аутизъм, дете със закъсняло езиково развитие, придружено с аутистична симптоматика и дете с интелектуална недостатъчност, също с

някои елементи на аутичност в поведението. Тъй като децата са постъпили с еднаква диагноза, „аутизъм“, поради аутистичната симптоматика, те биват третирани еднакво. От друга страна, бидейки в една група, се повлияват едно от друго и то в негативен аспект. Тези три примера съвсем не онагледяват реално сложността при подбиране на правилен терапевтичен подход. Те са, така да се каже, в „чист“ вид. Повечето случаи са комплицирани и поради това още по-трудни за разрешаване.

Няколко думи за синдрома аутизъм

Понятието „аутистичен“ е въведено от Ойген Блойлер в смисъла на социално отдръпване, което авторът наблюдавал при група болни от шизофрения. Думата е от гръцки произход и означава „съществуване сам за себе си“. По-късно, независимо един от друг Лео Канер и Ханс Аспергер използват същата дума за състояние, наблюдавано при деца, с които авторите са работили, но и двамата не влагат смисъла на шизофрения като разстройство, използвайки тази дума. Ето в резюме първите техни описания на синдрома:

През 1943 г. Американският психиатър Лео Канер публикува статия, в която описва 11 деца, които проявяват група особени симптоми. Авторът ги групира в 7 основни характеристики:

- ▶ уединяване
- ▶ натрапливо извършвани обикновени действия
- ▶ изключителна памет
- ▶ ехололия (повторение на чути реч, която не е съгласувана по род и число, но се употребява от детето като готови фрази, с които то комуникира при нужда)
- ▶ чувствителност към дразнителни
- ▶ ограничен диапазон от интереси
- ▶ нормална интелигентност

Канер определя аутизма като изключително фундаментално разстройство в способността на децата да възприемат себе си, заобикалящите ги хора и обстоятелства по обичайния начин. Той отличава състоянието от това при шизофрения, където социалното отдръпване се случва след „светъл период“ на нормални отношения, а при аутизма е от самото начало. Реакциите на децата към заобикалящия ги свят се изразяват или в тотално неотчитане и negliжиране на зрителни или слухови

стимули или като реакции на болезнени и стресиращи интеракции. Наблюденията на родителите на тези деца, споделени с Канер се изразяват в следните описания: „самодостатъчен“, „сякаш е затворен в мида“, „най-щастлив, когато е оставен сам“, „държащ се сякаш никога друг не съществува“, „държи се като хипнотизиран“, „прилича на мълчалив мъдрец“ и др. [6]

Говорните умения и употребата на речта са със странно звучене и смисъл на думите. Понякога една и съща дума е използвана от детето в различни ситуации, която дума обаче в повечето случаи е натоварена с идентичност в емоцията. Така например положителната частица „да“ за Дон, едно от изследваните от Канер момчета, означава и съгласие и желание баща му да го вдигне „на конче“. Друга особеност в речта на децата с аутизъм е ехолалийната реч, която обикновено звучи като повторение на въпроса. Например, когато иска да се къпе, детето използва въпросителна форма „Искаш ли да се къпеш?“ [6].

През 1944 г. Ханс Аспергер, независимо от Канер прави свое изследване над четири момчета, със странен модел на поведение и способности. Авторът определя поведението като „аутистична психопатия“ и отделя следните характерни особености на състоянието:

- ▶ липса на емпатия
- ▶ слаби умения за създаване на приятелски взаимоотношения
- ▶ богат речник, но водят предимно едностранен разговор, по-скоро монологична реч без оглед на реална комуникация
- ▶ ограничени, специфични интереси
- ▶ тремави движения

Авторът нарича децата „малки професори“, поради способността им да говорят за любимите си предмети или интереси с най-малки подробности. Той смята, че тази тяхна изключителна насоченост към определени неща е способност, която те биха могли да превърнат в талант в зряла възраст и да се радват на добра кариера. Нивото на интелигентност е в или над нормата и се характеризира с много по-добри показатели на функциониране в обществото, макар и с подчертана интровертност на индивидите. Сам авторът споделя, че в детските си години е имал подобни аутистични черти на самотно и странящо от другите деца, за което е било трудно да създава приятелства. [5]

Авторът не доживява появата на определението Аспергер синдром, известно в наши дни. Той работи и прави своите изследвания в Герма-

ния и малка част от неговите трудове са добили известност по онова време. През 1981 Lorna Wing въвежда тази диагноза в научните среди, отнасяйки я към аутистични индивиди, които не приличат по стереотип на аутизма на Kanner и въвежда шест диагностични критерия, основани на описанието на Asperger:

- ▶ Реч – не се установява забавяне в развитието или патологични езикови нарушения, но съдържанието при комуникация е странно, педантично и стереотипно.
- ▶ Невербална комуникация – наблюдава се безизразно лице, монотонен глас, несъответни на ситуацията жестове и мимики.
- ▶ Социални взаимодействия – липса на взаимност
- ▶ Съпротивление за промяна, предпочитание към повтарящи се действия
- ▶ Координация на движенията – странно телосложение и походка, несръчни движения, понякога стереотипни
- ▶ Интереси – ограничен кръг от интереси, често изключителни умения в една област от живота. [13]

По МКБ–10 аутизмът спада към групата на генерализираните разстройства на развитието (F84). Тези разстройства се характеризират с нарушения в социалните взаимоотношения и в начина на комуникацията. При повечето от децата проявата на абнормно поведение е още от ранното детство, но би могло да се прояви и по-късно, до към петата година. Абнормността се характеризира със стереотипни действия, ограничен кръг от интереси и някои когнитивни нарушения, като всеки от симптомите варира при всеки субект, от дискретни прояви, до силно изразени странности във функционирането. В някои случаи нарушенията се дължат на генетични или органични дисфункции, но не са редки случаите, когато визуализиращи методи и медицински изследвания не показват налична органика. [10]

Ето и критериите им по МКБ–10, където клиничните описания и диагностични критерии, описващи състоянието, са предназначени за по-широка употреба и помагат на голям кръг от хора, работещи в сферата на социалните грижи да се ориентират в състоянието на детето, с което работят:

2.1. Детски аутизъм (F84.0)

Вид генерализирано разстройство на развитието, което се определя от количеството абнормно и/или нарушено развитие, възникнало преди три годишна възраст и проявяващо се с абнормен тип функциониране в три области: на социалните взаимоотношения, на комуникацията и на поведението, което е ограничено и стереотипно.

При този тип аутизъм обикновено липсва светъл период на нормално развитие, а в случаите, когато е имало такъв, той не е продължил след третата година на детето. Социалните взаимоотношения се характеризират с качествени увреди, изразяващи се в неадекватна оценка на социално-емоционалните сигнали и като цяло липса на социално-емоционална взаимност. Затрудняват се дори да назовават собствени емоции. Често децата с това нарушение реагират несъобразно на ситуацията, имат слаба или липсваща инициатива за комуникация. Дори при наличие на езикови умения, те рядко влизат в диалог, а също трудно се ориентират в синхрона и взаимността при водене на разговор. Те не осъзнават метафоричния смисъл на речта, шегите, творчество и фантазия в мисловния процес липсва и като цяло липсва гъвкавост в речевата експресия. Нерядко речта е ехолалийна, с повторения на заучени от реклами и телевизионни предавания изрази, които не винаги са адекватни на ситуацията. Наблюдават се и нарушения в ритъма, интонацията, ударението за отразяване на промените в комуникацията, като и липса или неадекватни на казаното жестове, подчертаващи или изясняващи смисъла на речева комуникация. [10]

Поведението се характеризира с повтарящи се и стереотипни движения, интереси и дейности, които, ако бъдат нарушени от друг човек, водят до съпротива и често реакции на гняв и агресия. Може да се наблюдава специфична привързаност към необичайни за детството предмети, обикновено твърди, студени или остри или части от тях. Обичаен е специалният интерес към нефункционалната част на предметите и на техните характеристики (мирис, вкус, текстура). При повечето лица с аутизъм липсва спонтанност, инициативност и творчество в организирането на свободно време, при вземане на решения или спонтанно възникнали обществени контакти. Децата често страдат от фобии, смущения в съня и храненето, нерядко се самонараняват, или не проявяват страх и чувство за себесъхранение в обичайни за това ситуации. При

страдащите от аутизъм могат да се наблюдават всички нива на IQ – както умствена изостаналост в различна степен, така и изключителни таланти в някои мисловни процеси (предимно паметови). [10]

2.2. Атипичен аутизъм (F84.1)

Вид генерализирано разстройство на развитието, което се различава от групата на аутизма или по началото на заболяването или по това, че не са изпълнени всичките три диагностични изисквания. Така абнормното и/или увредено развитие може да се прояви за първи път едва след три годишна възраст. Възможно е да липсват достатъчно демонстративни абнормности в една или две от трите области на психопатологията, необходими за диагнозата на аутизма. Този тип аутизъм възниква най-често при индивиди с тежко умствено изоставане, чието много ниско ниво на функциониране оставя възможност за изява на специфичните отклонения в поведението. Често се среща при индивиди с тежко специфично разстройство в развитието на рецептивната реч. Следователно атипичният аутизъм представлява съвсем отделно от аутизма състояние. [10]

2.3. Синдром на Asperger

Разстройство с несигурна нозологична валидност, за която са присъщи същите качествени нарушения на социалните взаимоотношения, които характеризират аутизма, заедно с ограничен, стереотипен, повтарящ се репертоар на интереси и дейности. То се различава от аутизма предимно по липса на общо закъснение или изоставане в езика и в когнитивното развитие. Повечето лица имат нормален общ интелект, но често са подчертано несръчни; това състояние се среща предимно при момчета (в съотношение 8:1). Налице е силно изразена тенденция на абнормностите да персистират в юношеството и в зряла възраст и изглежда, че те представляват индивидуални характеристики, които не се влияят особено от обкръжаващата среда. В млада възраст може да се появят психотични епизоди. [10]

2.4. Синдром на Рет

Това състояние се наблюдава само при момичета. Причината за появата му е все още неизвестна. След нормални първи месеци от ранното детско развитие, обикновено между 7 и 24 месеца настъпва регрес в развитието на детето – пълна или частична загуба на моторни умения и реч, забавяне растежа на главата. Особено характерно е загубата на целенасочени действия на ръцете, появяват се стереотипии с извиване на ръцете и т.нар „миене“, неволева имитация, напомняща миене, стереотипно мокрене на дланите със слюнка, плезене на езика, също неволеви. Трудност при дъвкане, поради неправилни дъвкателни движения. Мускулите са отпуснати, стойката е разкрячена, с несигурна походка, движенията на тялото са некоординирани. развитието на детето остава на нивото на първите 2-3 години. Почти при всички случаи се наблюдава изпускане по нужда. При повечето деца през юношеството и в зряла възраст се наблюдава гръбначна атрофия, с тежко изкривяване. За разлика от аутизма, при синдрома на Рет съществува тенденция за запазване на социалните интереси, детето изглежда усмихнато, гледа към хората или „през“ тях. Като резултат от разпада на мозъчни функции се появява тежка умствена изостаналост, а нерядко се появяват и припадъци. [10]

Общи характеристики на формите от аутистичния спектър

Смущения в социалните взаимодействия. При децата с нарушения от аутистичния спектър се наблюдава странящо поведение, рядко са спонтанни и почти никога нямат инициация за комуникация с другите. Обикновено търсят контакт, когато се нуждаят от нещо на битово ниво. Нерядко те ще ви хванат за ръка, но това ще бъде за да им помогнете да достигнат желан предмет, а не защото имат нужда от контакт или ласка. Не търсят подкрепа от страна на активен партньор, не дават вид да осъзнават емоционалното състояние на другите, а също и своите собствени емоции. Проведени проучвания в тази посока с визуализиращи мозъчната дейност апарати, показват слаба активация в емоционалните зони, при показани стимули, свързани с базови за емоциите експресии на лицето. [12]

Детето не разбира жестове или изражението на лицето и в повечето случаи реагира с неадекватни емоции – бяга когато му се усмихвате, заплаква силно изведнъж, без никаква особена причина или започва да се смее неудържимо на тъжна ситуация. Отговорът може би се крие в мозъка – при децата аутисти сензориумът е увреден и не диференцира добре различните стимули, а оттам и емоциите не са диференцирани, а са сякаш изолирани и хаотично появяващи се. От друга страна децата често са концентрирали вниманието си в детайли, неозначаващи сами по себе си нищо и поради тази причина не възприемат света и обектите в него като цяло. Така ако са съсредоточени върху една част от лицето, тялото или дрехите ни, те не улавят социалните сигнали и не забелязват онази част от комуникацията ни, наречена „невербална“, изразяваща се в мимики, жестове, очни движения и пр. [12]

Друга причина за това, да не са социално активни, е нарушената концентрация на вниманието. Това обяснява защо децата с аутизъм учат толкова трудно, защото ние учим това, което виждаме. Те обаче обикновено се взират в периферията на нещата или в отделен детайл и по този начин не успяват за сглобят цялостната картина. Освен това за да проявят желание, те трябва да са силно заинтересовани от нещо, което намират за важно за тях. В противен случай понятия като „трябва“, „важно“, „полезно“ не се осъзнават, тъй като това са абстрактни понятия, които не присъстват в настоящето, а се предполага, че ще донесат ползи в бъдеще. Децата с аутизъм срещат огромна трудност да отграничат минало и бъдеще – щом не съществува в момента, значи го няма. Оттам произтича и трудността да слушат приказки, да преразказват, да играят „на ужким“ и дори да фантазират, което е толкова обичайно за всяко дете. [2]

Като цяло поведението им е на пасивност, оттегляне, самотни занимания и нежелание да влизат в групова дейност или да бъдат безпокое-ни от другите. Детето не поддържа очен контакт и може би затова и не се научава да разчита социалните знаци от хората около себе си. Докато растат, децата в норма постоянно ползват близките си като „огледало“, в което се оглеждат, и така научават социалното поведение. Но по някаква причина, децата с аутизъм не правят това. Някои изследвания на вече пораснали аутисти, които могат да говорят за състоянието си, твърдят, че това е много дълбок страх от контакт с хората, но дали това се отнася за всички аутисти все още не е доказано. [11]

Има научни твърдения, че сензорната система на децата с аутизъм действа различно от нормалното и те възприемат света по-различно. Това им пречи да осъзнаят реалността. Те се чувстват бомбардирани от стимули, което ги прави нервни и странящи от хората. Това е и причината да подреждат всичко около себе си по точно определен начин, както и факта, че изпадат в нервна криза, ако някой размести техния ред. Децата се страхуват от новото, затова настояват да минават по един и същи маршрут, да ядат едни и същи храни, от едни и същи съдове, да играят с едни и същи играчки и да правят всички неща от ежедневието по един и същи начин. [12]

Поради същият социален страх или незаинтересованост към хората детето с аутизъм не намира за нужно да говори. То няма необходимост да се оплаче или да сподели нещо от емоциите си, тъй като априори не ги разпознава и те не са означаващи за него. Затова повечето от обучителните програми за аутисти са насочени към научаване не само във вербално отношение на обема от думи, но и също към това специалистът да обяснява на детето всяко действие и инициацията, която го поражда. Например, ако детето е гневно, защото са развалили подредените от него предмети, специалистът назовава и гневът му „ти си ядосан“ и причината за тази емоция „защото ти развалиха подредбата“. Така постепенно детето се научава да назовава своите вътрешни импулси, а също и да ги разпознава.

Детето с аутизъм не си играе с играчките по обичайния начин, то се съсредоточава в определен детайл и може с часове да го наблюдава, да върти част от него или да почуква с пръст по материята. Нерядко това почукване се наблюдава при повечето деца и изглежда като действие, което позволява на детето да се ориентира в заобикалящите го предмети, като опознава текстурата им. Когато детето открие любим предмет, обикновено това не е пухкава играчка, напомняща на „преходният обект“ по Доналд Уиникот [4], която според автора е заменяща топлатата и ласкава прегръдка на майката, в моментите когато тя липсва на детето. Обичайните предпочитани от децата с аутизъм предмети са хладни, понякога остри и нефункционални. Например детето може да е силно привързано към някаква кутия от домакинството, без тя да е свързана с нещо вкусно или любимо. Може да бъде част от някаква играчка или обикновена връв, с която то може с часове да си играе, по един и същи начин, без да прояви симптоми на досада.

Според Василева, Н. [2], диагностичните критерии в общуването на детето с аутизъм са следните:

Развитие на общуване и игра

Възраст	Нормално развитие	Развитие при аутизъм
2 м.	Усмивва се, обръща глава по посока на звука, плаче когато има някаква нужда	Липсва желание за контакт, вял плач, почти не проявява желание или нужди за нещо
6 м.	Протяга ръчички да го вземат, имитира действия на възрастни	По-слабо активно, някои от децата са много лесно възбудими, слаб зрителен контакт, почти липсват ответни социални прояви
8 м.	Различава родителите си, обича да играе (ку-ку, дай-на), заслушва се в песнички, ползва някои конвенционални жестове, плаче след майка си, ако тя излиза	Затворени в себе си, почти не търси контакт, вяло е в игрите, ако изобщо влезе в интеракция, $\frac{1}{3}$ обичат внимание, но по скоро като присъствие и не проявяват интерес към другите
12 м.	Търси активен контакт, пита и отговаря при общуване, нараства зрителния контакт с възрастния при игра с играчките, силно привързване към майката и страх при раздяла	Контактите намаляват след като детето започне да ходи или пълзи, не се разстройва при раздяла с близък
18 м.	Интензивно желание за игра, само или с други хора, интерес към игрите с връстници	Няма игрова дейност, необичайни манипулации с предметите, играчките не са интересни, може да се привърже към странен предмет и да си служи с него по необичаен начин
24 м.	Игрите вече са ролеви, на ужим, сюжетът е усложнен	Не разбира ролеви, не търси контакт с други хора, не изглежда особено привързан към родител, по-скоро по отношение на обслужване на нуждите му, прегръща или целува, но ако бъде помолено. Възможна поява на страхове и фобии

Смущения в езиково-речевите функции

При всички форми на аутизъм речта е засегната. В някои случаи тя се появява много по-късно в развитието. Това се случва обикновено при ранен детския аутизъм, при който детето изглежда абсолютно не-контактно, а в някои случаи създава илюзия за глухота. В някои случаи на атипичен аутизъм, нерядко става въпрос за рецептивно разстройство на речта при което закъснялото езиково развитие и невъзможността да се включи чрез комуникация в общуване с близки и връстници изолира детето и аутизмът се явява като вторично разстройство. Това са критериите на езиково развитие при децата в норма и с горепосочените форми на аутистична симптоматика, (по Василева, Н) [2]:

Възраст	Нормално развитие	Развитие при аутизъм
2 м.	Гукане	Липсва
6 м.	Търси родител с поглед, опит за диалог във вид на гласни вокализации	Не търси родител, труден за интерпретация плач
8 м.	Лепет, включва интонации, посочващи жестове	Нетипично, ограничено гукане, не имитира жестове и звукове
12 м.	Първи думи, жестове за привличане на внимание, посочване на обекти	Възможна поява ба първи думи, но по-често изолирани, не по предназначение. Силни крясъци, несъответни на ситуацията
24 м.	Съчетания от 2–3 думи, прости въпроси, жестове, нарича се по име, опит за коментари тук и сега	Речник от около 15 думи, поява на случайни думи, които изчезват и се заменят с други, само няколко посочващи жеста
36 м.	Близо 100 думи, ориентиране във време, число и т.н., множество въпроси	Рядко използва комбинация от думи, не използва твотчески езика, а ехолалийно, ограничена артикулация, лоша интонация, нарушено разбиране на чута реч, води родителя до желанния обект или просто застава

Възраст	Нормално развитие	Развитие при аутизъм
48 м.	Може да поддържа тема на разговор, да добавя нова информация	Ехолалийна реч, употребявана за общуване, слаба инициатива за комуникация, копира реклами и др.
60 м.	Използва голям комплекс от езикови структури и може да прави корекции	Не разбира метафори и игри наум, не може да поддържа разговор, неточна употреба на изрази, нарушена интонация и ритъм

Синдромът на Аспергер се отличава по отношение на езиково-речевите способности от предходните форми на аутизъм по следните критерии. (по Боянова, В.) [2]:

- ▶ Не се установява забавяне в развитието или патологични езикови нарушения като забавено езиково развитие, аграматизъм и др., но съдържанието при комуникация е със странно звучене и стереотипно. Децата проговарят в норма, но употребяват клишетата, заучени от филми, реклами, изрази от ежедневието или това е т.нар. ехолалийна реч. Изказът не е съобразен по род и число, често желанието се изразява под формата на въпрос, който е задаван на детето и то го употребява като готово изречение. Например, ако детето иска да яде, казва „Искаш ли да ядеш?“. Ехолалийната реч е нещо обичайно за развитието на речта при детето. В първите вербални опити, детето повтаря чутото и едва на по-късен етап започва да съобразява речта си по форма. При децата със синдром на Аспергер този процес остава дълго в езиковата им продукция, като не може да се твърди със сигурност, дали това се дължи на езиков дефицит, паметови специфики или увредена като цяло инициация на комуникация, поради което детето не инвестира енергия в научаването на речевите правила.
- ▶ Интонацията на изказа е равна, мимиката е замръзнала и неадекватна на посланието, а гласът понякога е имитация на нечий друг.

- ▶ Много често децата употребяват ехолалийна реч, но без желание за реална комуникация – то може да повтаря многократно някакъв израз, без изобщо да бъде в контекста на моментната ситуация.
- ▶ Нерядко децата със синдром на Аспергер са погълнати от някаква любима тема, за която могат да говорят непрестанно, но отново със заучени фрази. Например ако детето е привлечено от някакъв спорт, то ще говори непрестанно като спортен коментатор, без да се интересува дали го слушате. Ако бъде прекъснато по време на своя монолог, се дразни и прави всичко възможно да го оставите на мира, за да продължи със самотното си занимание.
- ▶ Обичайно е за тези деца да не отговарят на въпросите, които сте им задали или да отговарят с нещо напълно извън контекста на въпроса ви. Например, ако го попитате „Гладен ли си?“, то може да отговори „Кучето избяга...“ и при повторение от ваша страна на въпроса да последва нов неадекватен отговор. Разбира се нерядко детето отговаря правилно, но тогава обикновено става въпрос за някакви обичайни неща от ежедневието, които към момента го интересуват.
- ▶ Децата със синдром на Аспергер не се съобразяват с правилата на общуване и добро поведение, те не разбират кога да говорят, кога да изслушат другия и често се намесват в разговора с неуместни коментари или направо сменят темата.
- ▶ Наблюдава се отсъствие на гъвкавост при вербално изразяване и липса на творчество и въображение в мисловния процес.
- ▶ Детето не реагира с емоционален отговор, ако съобщението на другия е с такава натовареност. Ако вие плачете, обяснявайки своя проблем, то може да не реагира или да се смее.
- ▶ Наблюдава се също така неумение за социално желателно поведение и тактичност при тези деца. Тъй като при тях абстрактното мислене не съществува, идеята, че ако се държат добре, ще получат добро в отговор, също не стои като мисъл. Затова не бива да ви учудва, ако детето ви заяви директно, че косата ви стърчи, имате пъпка, изцапали сте се или храната ви е „гадна“. Това не е от лошо чувство, просто нещо от обичайния ред, на който то държи толкова много, е променено и това дразни сетивата му.

Стереотипни и ритуализирани поведения

Това поведение се изразява в стереотипни движения на ръцете, ходене на пръсти, повторения на една и съща дейност, като например безкрайно въртене на гумата на детска количка, но без наличие на игрова дейност и др. Действията и интересите са крайно ограничени и обичайно нямат инициация на общуване с околната среда. Това поведение се наблюдава при всички форми на аутизъм, но в различна степен [2]. Стереотипното поведение сякаш помага на детето да се успокои, намалява агресията му, която обичайно се появява в случаите на прекъсване на обичайните му занимания. Детето се гневи, когато бъде прекъснато, когато му се налага поведение или дейност, което не желае, когато някое друго дете размести играчките му. В последствие, ако бъде оставено на спокойствие, детето се успокоява именно чрез своите стереотипни занимания. Понякога, когато е тревожно, виждаме как обичайният ритъм на стереотипите е ускорен, то крачи нервно на пръсти в стаята, обикаля в кръг и „чупи“ ръце, видимо по-нервно от друг път. Добре е в тези моменти да бъде оставяно на спокойствие, когато вълнението премине, детето ще се завърне към обичайното си състояние.

Този стремеж към непромененост на средата се изразява в почти всяка дейност. Детето подрежда играчките си по едни и същи начин. Настоява да се храни от една и съща чиния, чаша, маса и място на нея. Почти е невъзможно да го склоните да се храни с различна храна, отказва с бурна реакция, а ако го накарате, има вероятност да повърне храната. Храни се също така подредено – изяжда първо кръглите бисквитки, или яде само такива, след това сока, грахчетата отделно от царевичката и др. Това е само пример на спецификата в поведението на едно дете с аутизъм, вариациите и степените на стереотипност са много и най-различни.

Детето с аутизъм има нужда да бъде оставяно на спокойствие в определени моменти. Това се налага поради тази свръхсезитивност към стимули, които го тревожат прекомерно. Ако ние чуваме говорителя по телевизията и разговаряме със съпруг/съпруга през това време, за нас не е проблем да се съсредоточим върху важното за нас в този момент. За аутистичното дете освен разговора ни и шума от телевизора се чува и водата в тръбите на чешмата, и гласовете, идващи през отворения прозорец и пърхането на крилето на гълъби около блока. Всички тези

стимули, не се отграничават като първостепенни и второстепенни от детето – то ги възприема едновременно и няма дискриминативна функция на мозъка, която да отдели нерелевантното от важното, така че да „спаси“ сензориума от хаоса наоколо. Затова е добре детето да бъде оставяно само и на спокойствие в неговия свят, където да се успокоява.

Агресия и автоагресия при децата с аутизъм

Агресията и особено автоагресията се повлиява изключително трудно при децата с аутизъм. Това е така поради факта, че те, както и при сензорната дезинтеграция, трудно намират обяснение за внезапно връхлетялите ги чувства. Емоциите им са хаотични, всепоглъщащи ги и сякаш изолирани от ситуациите наоколо. Те не успяват нито да разберат нито да споделят залялата ги вълна от чувства и поради тази причина реагират първосигнално – има някакво дразнене, следва реакция. Нерядко ще изпадате в затруднение да овладеете агресивния изблик на детето, а ако успеете да го накарате да не ви наранява, вас или друго дете, то често започва да се хапе (най-често по дланта), да се скуби или да удря главата си в стената. С това отново ви провокира да се намесите, за да го спрете, но вместо ситуацията да се успокои, детето се ожесточава още повече. Това е изключително трудна ситуация.

За да се намалят тези изблици, е добре детето да свиква постепенно с нови неща и стимули, които го дразнят – да знае предварително дневната си програма, да свикват на малки стъпки с нови места, хора и ситуации. Намалявайки вътрешното напрежение и несигурност, постепенно детето ще се успокои. Когато все пак се появят такива агресивни изблици е добре да опитате да изведете детето от мястото, където сте, и да му се предостави спокойствие. Добре е да опитате да удържите на провокацията с автоагресията – така кризите ще намалят. Поради свръхсетивния си сензориум не само в момент на възбуда, но и в спокойно състояние децата с аутизъм реагират на допир, сякаш са ударени или наранени. Твърде вероятно е именно опитът ни да ги успокоим в тези моменти с погалване или дори хващане на ръката, което докосване детето преживява като болезнен контакт, да ги афектира повече.

Ако работите в детска градина или училище с такова дете, сте разбрали колко е по-различно от другите деца и как реакциите му се появяват

хаотично и неочаквано. Затова е добре да имате на разположение помощник (ресурсен учител, психолог), който да изведе детето в моментите на криза и по този начин ви спести хаосът, който може да се провокира и у другите деца. Тъй като децата обичат контактите помежду си, но нямат все още контрол над импулсите си в поведението, нерядко другите деца отказват да се съобразяват с изискването на аутистичното дете за собствено място и ред, характерен само за него. Те провокират това странно дете да стане едно от тях, като го карат да влезе в тяхната игра, та било то и чрез първоначален конфликт. В нормална ситуация можете да поговорите с децата и да ги помирите, заигравайки ги заедно. Но при децата с аутизъм инициацията за съвместна игра изобщо липсва. От друга страна е трудно да накарате децата да не го закачат и в същото време да го интегрирате в групата. Затова е добре ресурсният учител или психологът да са до вас в тези моменти и той да влезе в ролята на „парламентьор“, обяснявайки от една страна на детето с аутизъм желанието на другите да играят с него, а от друга – да поговори с по-агресивните деца. Чрез ролеви игри и умело поведение, той би могъл да приобщи детето и да помогне на другите деца да го разберат и приемат. Нерядко някое от децата заема ролята на пазител на аутистичното дете и с това помага на другите и на самото дете да определят взаимно границите си на близост и разбиране към „другия“.

Интегриране на деца с аутизъм

Интегрирането на децата с аутизъм в масова детска градина или училище не е лека задача, но при правилен подход и налични ресурси за справяне, като ресурсни учители, психолози и логопеди в детските заведения е напълно възможно процесът да протече сравнително гладко. Децата с аутизъм имат особен тип комуникация, неадекватно социално поведение и адаптация, трудности в емоционалния контрол, както стана дума по-горе. Като генерализиран тип разстройство, аутизмът изисква комплексен подход на терапията, което налага координирана и съвместна работа на екип от специалисти – психолог, логопед, специален педагог, арттерапевт. Това изисква разработване на специални програми за обучение, съобразени с индивидуалните особености на детето.

На първо място детето с *детски аутизъм* или т.нар. дълбок аутизъм не би могло да бъде въведено в групов процес веднага. То трябва да

премине през индивидуална работа с логопед и психолог, които да очертаят основните проблемни области на детето и, от друга страна, да намерят съхранените умения, на база на които да стартира обучителната му програма. Добре е това да започне възможно най-рано във възрастта на детето. Това ще помогне дефицитите не само да бъдат максимално преодолени, но и да се избегнат евентуални утвърдени модели на погрешно поведение и осъзнаване на света.

От логопедична гледна точка трябва да се определи нивото на вербална продукция на детето, а също комуникативните му умения. Нерядко се започва от почти нулево ниво т.е. обичайно детето не говори, абсолютно неприемащо новата среда в кабинета, където става тревожно, нервно и агресивно. Затова е необходимо да премине през период на адаптация, през който изискванията към него да бъдат минимални. Така то постепенно ще свикне и няма да се чувства застрашено в новата среда. Желателно е да не му се подават много стимули, кабинетът да е тих и терапевтът да говори по-малко. Комуникацията трябва да се случва постепенно, без натрапване – вербално или чрез настойчив очен контакт, който, както стана въпрос по-горе, се изживява от детето като груба инвазия в пространството му. Това поведение от страна на терапевта ще даде стабилна основа за бъдещите взаимоотношения в процеса на терапия.

Когато детето свикне с обстановката и започне да се държи по-спокойно, може да се започне със същинската работа, при която се препоръчва опростяване на материала, най-често картинков, с цел да не се превъзбуди сензорният апарат на детето и то да откаже да се включи в процеса. Желателно е да няма изисквания по отношение на движението на детето в кабинета – хиперкинетичната дейност при децата с аутизъм има ролята на освобождаващ от напрежението фактор. Вярно е, че концентрацията на вниманието е намалена, но ако заставим детето да стои мирно, за да се концентрира, по-скоро ще постигнем обратен ефект, отколкото концентриране върху материала.

Ако детето има изявени предпочитания към цветове, форми, материи или предмети, е добре да включим именно тях, като по този начин ще уважим правото му на избор и ще навлезем по-плавно в пространството му. Постепенното усложняване на лингвистичния материал трябва да бъде съчетан с активиране на мултимодални когнитивни функции – изговаряне на думата, показване на картинков материал, докосване на

предмет с тази форма, например „мече“, ще активира едновременно зрение, слух, тактилно усещане. Това ще „закрепи“ по-стабилни паметови следи в мозъка на детето.

Освен натрупване на пасивен и активен речников запас, логопедът трябва да се заеме с изработване на времеви представи, пространствено ориентиране, форми, понятия за количество и представа за частите на собственото тяло и това на другите. Според множество психологични теории границите на собственото тяло на дете с аутизъм са нарушени и нереални. Това ще помогне на детето да се ориентира в заобикалящият го свят, който априори е стряскащ и хаотичен в съзнанието му, поради специфичните сензорни възприятия.

Постепенно детето може да бъде въвеждано в групова работа, макар първоначално това да се случва за кратко. В началото е достатъчно да присъства в кабинета с групата, за да му се даде възможност да се адаптира в новата обстановка и хора. Дори се препоръчва при първите контакти да се въвеждат деца в кабинета, където е работено досега с детето, и там да се приучават към съвместни дейности. Едва на по-късен етап може да бъде преместено в залата с цялата група и постепенно да бъде въведено в дейността чрез досегашния си индивидуален терапевт и децата, които вече е опознало от предишните срещи.

Психологическата работа започва също с период на адаптация. Но за разлика от логопедичната работа, където структурираният модел изисква логопедът да е водещ, психологът не бива да осъществява директивен подход към детето. Той е този, който трябва да оцени емоционалното му състояние и да се съобрази с него, преди да пристъпи към изследване на когнитивните функции. Това се случва в един по-късен етап, когато детето му е позволило да се приближи достатъчно и има предпоставка за получаване на реални резултати от изследването. Ако това се направи в един по-ранен етап, има вероятност резултатите да са чувствително занижени, поради страха на детето от навлизане в пространството му.

По отношение адаптацията на детето е нужно да му се даде достатъчно време, спокойна обстановка и ненаатрапващо присъствие. Понякога това може да отнеме повече време и това да притесни психолога, който в тези моменти усеща, че не е достатъчно ефективен. Всъщност това е най-ефективната част от повлияването, тъй като позволява на детето да се довери и допусне „другия“ до себе си. След този период се

препоръчват предимно невербални методи за намаляване на тревожността на детето – рисуване, моделиране и др. при които постепенно е възможно да се премине към съвместна дейност. След този период вече може да се премине към провеждане на изследване и постепенно преминаване към групов процес, първоначално под супервизията на досегашния психолог, а на по-късен етап и самостоятелно в групата със съответния специалист.

Ако детето с дълбок детски аутизъм може да остане почти незабелязано в групата в масовото детско заведение, то това е невъзможно за детето с *Аспергер синдром*. То е приказливо, повтаря монотонно своите стереотипни фрази, движи се през цялото време и казва на другите всичко което му хрумне, без оглед на ситуацията и добрия тон. Това може сериозно да подразни останалите деца и да затрудни процеса на работа на учителя. Изключително трудно е да бъде накарано да се съобрази с правилата на групово поведение, да спазва общия режим на работа/хранене/сън и да остане тихо в тези моменти. То следва свой вътрешен ритъм и изпада в гневни състояния, ако те бъдат нарушени. Поради тази причина, също както и децата с по-дълбоката форма на детски аутизъм, трябва да се премине през период на индивидуална работа с група от специалисти и чак тогава да бъде интегрирано в масово заведение.

Логопедичната работа с дете с Аспергер синдром е свързана не толкова с натрупване на речников запас, колкото със самото естество на комуникацията. За да се случи това, логопедът трябва да позволи на детето свободно да изрази говорните си умения, като през този период той ще се информира за специфичните интереси на детето. Както стана въпрос по-горе, тези деца имат ограничени стереотипни интереси и силно изразена насоченост към една тема. Най-често това е спортна тема или натрапливо повторение на диалози от телевизионно предаване. Препоръчва се именно в тази област логопедът да се включи и посредством това да превърне монологичната реч в диалог. Опитът показва, че този метод дава по-бързи резултати, отколкото налагането на строго структурирана методика. Постепенно се въвеждат нови теми в общуването и, ако детето е в предучилищна или училищна възраст, се преминава към ограмотвяване в писмени форми. Нерядко децата вече имат способността да пишат или четат, като това се е случило дори в по-ранна от нормалното възраст. Но проблемът е в механичното изписване

на думи и фрази, които не са означаващи за детето. То може да изписва в правилен ред думите, но те са запомнени механично и при диктовка, например, не може да направи фонемо-графемно съотнасяне. Оттам става и невъзможно писането на дума или текст, който е извън контекста на видяното. Това се затруднява и от факта, че децата нямат абстрактно виждане на нещата, думите имат значение, само ако са видени, но ако трябва да напише „мама“ то ще бъде направено по подражание, без да носи значението на „майка“ по смисъл.

Същият проблем се наблюдава и при четенето. Някои деца могат да четат дълги текстове, могат дори да бъдат научени на интонация, но няма да преразкажат и ред от прочетеното – то остава неразбрано, поради факта, че думите са възприети само като поредица от графемни единици, но не и като смислово натоварени единици. Затова обучението отново трябва да обхване по-прости символи и те да бъдат подкрепени от няколко модалности на когнитивните функции. Това означава да се напишат, нарисуват и моделират буквите поотделно. После съчетани в дума – да бъдат изговорени, написани и показани на картинка или на предмет/обект от реалния свят. Например думата „мама“, се изговаря, изписва и посочва.

От гледна точка на психологическата терапия също съществува процес на адаптация и доближаване до детето чрез темата, която е актуална за него и го вълнува. Игровите методики са най-подходящи за тази цел. Така постепенно от обект, който присъства в пространството, психологът ще се превърне в част от играта и накрая в субект, който партнира и има свое виждане за действията. Препоръчително е детето да бъде оставено водещо в този процес, за да не се фрустрира и да откаже контакт. Ролята на психолога е неинвазивна, партнираща и ненаатрапваща се. Едва когато детето го допусне в играта, може постепенно да въведе нови ситуации и да опита да ръководи в някои случаи игровата дейност. Това ще му помогне да научи да се съобразява и с другите и ще го направи по-адаптивно в среда с връстници, където вероятността да не се съгласяват с неговия ритъм и подредба е голяма.

Децата с *атипичен аутизъм* са отделна група, която е трудно да бъде третирана еднозначно. От една страна, такава диагноза може да бъде поставена на дете с умствена изостаналост, съпътствана от аутистична симптоматика, а от друга, по-добрият за терапевтиране вариант, да става въпрос за забавяне в езиковото развитие или т.нар. дисфазия на раз-

витието, която нерядко поради невъзможността за активна комуникация се съпътства от аутистична симптоматика.

В първият случай логопедично се работи на принципът на многократното повторение, тъй като паметта, възприятията и моторната дейност на тези деца е сериозно затормозена. Това изисква системност, по-чести, но по-кратки терапевтични сесии, по-ясни и прости форми, които да привлекат вниманието на детето. Терапията е структурирана, но отново се изисква да бъде съобразена с интересите на детето, колкото и ограничени да са те. Нерядко се наблюдава грешката да се работи над фина моторика от типа инструкция за пунктирна линия от точка А до точка Б, но без да присъства някакъв символ в началната и крайна точка т.е. линия сама по себе си. Ако се добавят някакви картинкови стимули, които да са смислово свързани (напр. зайче и морков на двата края на линията), за детето ще бъде по-ясно какво се изисква от него и защо. Постепенното усложняване ще развие мозъчната активност и ще подготви детето за интегриране в масово заведение.

Ако наблюдаваме случай на *дисфазия на развитието* с аутистична симптоматика, което е сложно за отдиференциране състояние, то терапията трябва да бъде съобразена на първо място с това, че макар детето да не е вербално, то разбира и е емоционално чувствително. Това изисква деликатна работа, предимно чрез игрови методики, които да помогнат на детето да натрупа пасивен речник и постепенно да проговори. Практиката показва, че често при тези случаи децата, хаотични в началото, впоследствие предпочитат едни същи материали, като настойчиво молят терапевта да повтаря имената на животните, или да четат една и съща приказка. Обикновено в един момент се забелязва тихо шептене, подобно на съпроводена реч от страна на детето, на думи, които то вече е усвоило, но още не се осмелява да изговори. Постепенно, събирайки увереност децата проговарят, често с по-сложни от очакваното думи, като обратно пропорционално на проговарянето, отпадат аутистичните поведения.

И в двата случая на атипичен аутизъм психологът има за цел да намали тревожността на детето от социалните контакти, да подобри емоционалното му равновесие и да „отвори“ аутистичната капсула, за да позволи на комуникацията да се случи. Това се случва постепенно, посредством игрови методики и арттерапевтични техники. Тези случаи са най-благоприятни за интеграция в масови учебни заведения, тъй ка-

то децата сравнително бързо напредват в своето развитие и като цяло са по-безпроблемни като поведение.

При *синдром на Рет*, поради тежките дисфункции, децата се повлияват изключително трудно. Към мултидисциплинарния екип е наложително да се включат и медицински грижи, както и рехабилитационни процедури. Това ще помогне до известна степен да се задържи състоянието на регрес в почти всички области от когнитивното и моторно развитие на детето. За съжаление прогнозите не са добри, но ако детето бъде отглеждано в среда с други деца, то ще има на разположение повече стимули и по-добър тонус като цяло, поради самото му присъствие в социума. Отглеждането в домашна или болнична среда ще затормози и лиши детето от разнообразие и ще ускори прогресивните двигателни нарушения.

Проблемът с аутистичната симптоматика и интегрирането на децата поставя сериозни въпроси за разрешаване пред всички специалисти работещи в тази област. При липса на навременна диагностика и адекватна терапевтична дейност от страна на психолози, педагози и логопеди, при голяма част от децата патологията се задълбочава и те реално стават необучаеми. Последниците са тежки както по отношение на емоционалното състояние на детето и неговото семейство, така и по отношение на неразрешените проблеми на общество, което не умее или не желае да приеме различните. При навременна диагностика и ранно начало на комплексна терапия, шансовете на тези деца да се подобри тяхното състояние и дори да се достигне нормално функциониране нарастват значително.

Библиография

1. Атанасов, Н., Теории за психичното развитие в психоанализата, Марин Дринов, София 2002.
2. Боянова, В., ред. Диагностика и терапия на генерализирани разстройства на развитието, Издателство ФСК, 2006 г.
3. МКБ–10. Психични и поведенчески разстройства, Българска психиатрична асоциация, София 2003.

4. Уиникът, Д., От педиатрия към психоанализа, Център за психосоциална подкрепа 2002.
5. Asperger H (1974) Early infantile autism, *MedKlin* 69 (49): 2024–7.
6. Kanner, L., (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child* 2: 217–50.
7. Mahler, M. S. 1958 Autism and Symbiosis, Two Extreme Disturbances of Identity, *International Journal of Psycho-Analysis*, 39: 77–82.
8. McDougall, J., 1989 *Theatres of the Body* New York: Norton.
9. Tustin, F. (1991). Revised Understandings of Psychogenic Autism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72:585–591).
10. Tustin, F., 1966 A significant element in the development of autism *J. Child Psychol. Psychiat.* 7 53–67.
11. Tustin, F., 1980 Autistic objects *Int. J. Psychoanal.* 7: 27.
12. Tustin, F., 1987 *Autistic Barriers in Neurotic Patients* London: Karnac Books.
13. Wolff, S. & Barlow, A. (1979). Schizoid personality in childhood: a comparative study of schizoid, autistic and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 20, 29–46.

Маргарита Станкова

ОЦЕНКА НА КОМУНИКАЦИЯТА И КОГНИТИВНИ СПОСОБНОСТИ И ПЛАНИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИ

ОЦЕНКА НА КОМУНИКАЦИЯТА ПРИ ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Оценка на слуха

Оценка на невербалната комуникация

1. Лицева експресия
2. Умения за посочване в комуникативна среда
3. Умения за жестикулиране в комуникативна среда
4. Умения за използване на системи от символи

Оценка на вербална комуникация

Език

Нарушено разбиране

1. Липса на изпълнение на инструкции

Нарушена продукция

1. Липса на употреба на думи и изрази
2. Липса на употреба на граматични правилни и подходящи за възрастта изрази

Говор

1. Нарушена артикулация
2. Нарушена плавност
3. Нарушено качество на гласа

МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА НА КОМУНИКАЦИЯТА

Изследване на слуха

1. Аудиометрия
2. Евокирани потенциали

Оценка на езика и говора

1. Наблюдение на детето във взаимодействията му с връстници и възрастни
2. Логопедични тестове

ИЗСЛЕДВАНЕ НА КОГНИТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Видове области (измерват се в съответствие с възрастта)

1. Разпознаване на модели
2. Разпознаване на лица
3. Разпознаване на емоции
4. Съответствие на емоционалния отговор
5. Способности за имитация
6. Възможности за разбиране на причинно-следствени връзки
7. Възможности за обобщения
8. Възможности за разбиране на правила
9. Възможности за обобщаване на информацията от различните сензорни входове
10. Възможности за обработка на информация от различни източници едновременно

НЯКОИ ПРОЯВИ НА ВЪЗМОЖНО НАРУШЕНИЕ ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР

1. Говоримият език липсва или не съответства на възрастта
2. Гледа през човека и не е в състояние да направи съответен контакт
3. Не отговоря съответно на емоцията на човека срещу себе си
4. Не отговаря със съответно лицево изражение
5. Не може да играе игра „на ужим“
6. Не проявява интерес към връстниците си
7. Не се включва в игра с връстниците

8. Не успява да се редува с другите при съвместни дейности
9. Не успява да споделя удоволствие
10. Не опитва да привлича вниманието на възрастните
11. Не може да започне игра с други деца
12. Не следи с поглед
13. Има необичайни и повтарящи се действия
14. Има необичайни страхове
15. Проявява необичайни реакции към стимули

ПЛАН ЗА РАБОТА ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА ЕЗИКА ПРИ ДЕЦА С ИНТЕЛЕКТУАЛНИ НАРУШЕНИЯ И РАЗСТРОЙСТВА ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР

Развитие на импресивния език

1. Подобряване на речника – обучение в нови думи – съществителни, глаголи, прилагателни, наречия, предлози с използване на картинки, цветове и форми, предмети, компютърни презентации.
2. Повишаване на уменията за изпълнение на инструкции
3. Подобряване на разбирането на по-сложни граматични структури с помощта на серия от картинки или сюжетни картини, компютърни презентации.
4. Подобряване на разбирането на чут текст – анализ на текста чрез задаване на въпроси, помощ на разбирането с картини и компютърни презентации, подбор на изображения, съответни на текста.

Развитие на експресивния език

1. Подобряване на имитацията
2. Подобряване на активния речник – съществителни, глаголи, прилагателни, наречия, предлози, чрез картинки, предмети, форми, компютърни презентации
3. Подобряване на уменията за съставяне на изречения с използването на картини, серия от картини и компютърни презентации
4. Подобряване на уменията за свързване на изречения в текст с използване на сюжетни картинки и серия картини, компютърни презентации.
5. Подобряване на уменията за съставяне на преразказ по текст с анализ на текста, подходящи въпроси и картини.

ПОДХОДИ И ТЕХНИКИ, ПОДПОМАГАЩИ УСПЕШНА АДАПТАЦИЯ НА ДЕЦА СЪС СОП В ГРУПА ИЛИ УЧИЛИЩЕН КЛАС

1. Общи характеристики и белези на деца със СОП

Обучителните трудности представляват нарушения, които се отразяват на способността на децата да интерпретират това, което виждат и чуват. Тази неспособност може да се проявява по различни начини. Например: специфични проблеми, свързани с говоримия и писмения език, координацията и самоконтрола. Тези нарушения се отразят на способността на детето да чете и пише, което пък може да доведе до невъзможността му да се адаптира към условията в училищната среда.

При наличието на специфични обучителни трудности, важни фактори за постепенното им преодоляване са: насочването към специализирана помощ и подкрепа и своевременно диагностициране. По-долу са представени някои от основните белези за наличие на нарушения, като е добре да се има предвид, че тези характеристики са индивидуални за всеки един случай, а в отделните ситуации могат да се срещат само част от изброените.

Няколко характеристики на най-често срещаните симптоми:

- ▶ нарушена ориентация за ляво и дясно
- ▶ трудности при запомнянето на неща, имащи точно определена последователност – дните на седмицата, месеците, пръстите на ръката, азбуката, таблицата за умножение и др.
- ▶ трудности при подреждане на нещата в последователност;
- ▶ нарушена ориентация във времето – не разбират разликата между „преди това“ и „след това“, „скоро“ и „отдавна“, трудно се ориентират по часовник, трудно управляват времето си;
- ▶ трудности в следването на инструкции;
- ▶ лош контрол на движенията;

- ▶ трудности във фокусирането на вниманието, слаба концентрация;
- ▶ езикови затруднения – ограничен речник, сериозни трудности при цели свързани изказвания, трудно овладяване на граматичните правила и др.;
- ▶ трудности с математиката – трудно четене на числа и разбиране на математическите знаци и термини, затруднения при решаване на устни задачи, огледално писане на цифри и др.;
- ▶ нарушение на уменията за четене (дислексия);
- ▶ нарушение на уменията за писане (дисграфия).
- ▶ четивни проблеми – бавно четене (3–10 пъти по бавно от скоростта на нормалния читател);
- ▶ напрегнати движения по време на изпълнение на конкретна задача;
- ▶ мръщи се, говори с писклив глас, мърда устни;
- ▶ побуквено четене;
- ▶ замяна на сходни звукове (С –Ш и др.) ;
- ▶ замяна на сходни букви (Т –Г др.);
- ▶ пропускане и добавяне на звукове и срички;
- ▶ огледално четене;
- ▶ четене на думите в грешен ред;
- ▶ аграматизъм;
- ▶ четене дума по дума, с накъсване на фразата и паузи на неподходящо място; не се съобразява с препинателните знаци, неподходяща интонация;
- ▶ често губи мястото за четене;
- ▶ нарушения в разбирането и невъзможност да повтори основни факти, да разкаже последователно прочетеното и др.
- ▶ проблеми с писането;
- ▶ разделно писане на частите на една дума,
- ▶ сливане на съседни думи;
- ▶ трудно определяне границите на изречението – две изречения се обединяват в едно или въобще липсват точки, запетаи, главни букви; аграматизъм ;
- ▶ лош почерк, разкривено изписани букви, неспазване на редовете, силен натиск на химикала, прекалено драскане или изтриване на написаното и др.

Терминът обучителни трудности, дефинира група деца, които имат определени затруднения в овладяването на училищните знания и умения. Но това са деца, които не инцидентно имат затруднения с материала в училище, а периодично. Още в начален етап от своето образование, трудностите с учебния материал са един своеобразен маркер за наличие на нарушения.

Проблемите с ученето, постиженията на ниво училище могат да доведат до различни отклонения във формирането на личността, до определени психически нарушения – ниска самооценка, страх, тревожност или обратното – агресивност, склонност към негативни реакции. Този вид неуспехи могат да доведат и до една неуспешна адаптация в групата на връстниците. В социално-психологически аспект невъзможността на детето да се справи и да отговори на очакванията на средата могат да провокират враждебно отношение от групата на връстниците (детето да бъде аутсайдер), да провокират засилена агресия или депресивни състояния.

Трудностите в училище често се отразяват и в отношенията родител – дете, като могат да доведат и до дълбоки конфликти на ниво семейна среда. Не малко са случаите, при които такива деца са negliжирани от страна на родителите или педагозите и в по-горните класове, проблемите се задълбочават. От една страна децата не успяват да компенсират тези затруднения, да достигнат изискванията и нивото на връстниците си. От друга страна те се демотивират, могат да станат обект на подигравки, да бъдат под натиск и тормоз на връстниците си, като не на последно място търпят санкции и критики от страна на родителите си, които са с нереални очаквания към тях (към техните реални възможности за постижения).

Препоръчително е при съмнения и индикации, дете със СОП да бъде насочено към специалист в областта – лекуващ лекар, психиатър, психолог, логопед. При работа с логопед е подходящо да се проведе консултация със специалист (психиатър, психолог или педиатър). Първоначално детето трябва да бъде диагностицирано на физиологично ниво. Специалистите педиатър и психиатър, имат необходимите компетенции да установят дали трудностите на детето не са предизвикани от физически проблем със слуха, зрението или мозъчното функциониране. Следващата стъпка е психологическо тестване, което може да се

проведе от училищния психолог или от друг специалист в областта. Мотивацията и убеждаването за специализирана екипна работа с ученика, също е съществен фактор за успешното преодоляване на обучителните трудности. Най-успешната интервенция е на ниво екипност, системност и постоянство.

В случаи, при които педагогът от училище е разпознал проблемът, е важно по подходящ начин да запознае родителите и да ги мотивира за възможните алтернативи на екипна работа. Подаването на такъв вид информация за родителите изисква предварителна подготовка. Практиката показва, че родителите имат различни поведенчески реакции – отричане, отхвърляне, пренебрегване, но има и случаи, при които родителите търсят вина в самите себе си или се обвиняват взаимно.

2. Социално-психологически аспект при работа с деца със СОП. Механизми за успешна адаптация

В днешно време е недопустимо да сравняваме децата едно с друго, било то психически или физически здрави, със специфични или някакъв вид емоционални проблеми.

Причината за това е, от една страна динамиката на времето и техническия прогрес, от друга страна различията в социално – икономически план, както и семейните фактори на влияние, образците на поведение. Не на последно място е промяната на ценностите в цялото общество, които формират още в ранна възраст специфичните индивидуални особености. Всичките тези фенотипни особености, са определящи в индивидуалния и групов подход при работа с деца. Предварителната информация за детето или така нареченият социален статус, подготвя специалистът да подпомогне детето с наличните за него ресурси за успешната му социализира и адаптира.

При деца със СОП основен приоритет за работата на педагозите е да не бъдат сравнявани постижения им, с тези, на връстници. В нашата училищна практика се наблюдава сравняване на здрави деца с техни връстници, като основополагащи са различни принципи на нагледност от методика и дидактика на възпитанието.

Една добра практика за постиженията на децата, е примера на образователната система в Япония. Там е прието детето да се сравнява

единствено и само със себе си. Миналият опит е пример за сравнение и подражание. Ако е успяло да постигне временен успех, например, се използва като база за сравнение.

Сравняването на детето с другите деца, публичните забележки и санкции са едни от най-разрушителните за личността на детето. Квалификации за детето – „ти си безотговорен“ водят до сериозни проблеми и формират дете с различни поведенчески дефицити. Такъв вид санкция накърнява егото на детето, понижава самооценката и мотивацията му за промяна към положително поведение. От друга страна то става обект на подигравки от страна на връстниците и има сериозни проблеми с адаптацията в средата, класа. Това води и проява на агресия като вид защита.

Според Ч. Кули и Дж. Мийд (Стаматов, 2000), самооценката е неразделно свързана с „това какво мислят другите за мен“ или аз виждам себе си „така, както другите ме виждат“. Според Дж. Мийд тези други са именно, „значимите други“. При неоформената все още крехка личност, външните – други, оказват огромно въздействие върху самооценката на детето.

Отхвърлянето, липсата на внимание или голямата дистанция е доказателство за недостойност. Особено, ако тази липса на внимание е от страна на важни хора за детето, така наречените значими авторитети, на учители, родители или други. В групата на връстниците, нивото на личната самооценката, е особено важно във възрастта на юношеството.

Доброто самочувствие и високата самооценка, както у възрастните, така и при децата води до намаляване на стреса, тревожността и депресивните състояния.

От друга страна Уилям Джеймс (1892), (Стаматов, 2000) смята, че самооценката зависи от отношенията на реалния Аз и идеалния Аз, или ако претенциите на индивида бъдат постигнати, ще се повиши и самооценката. Самооценката на детето зависи от равнището на претенциите и реалните постижения.

По-горе описаните критерии за самооценка формират и изводи, които могат да бъдат ползвани при практическата работа с деца със СОП. При всички случаи нивото на тревожност зависи от нивото на самооценката и себеутвърждаването в социалната среда. Влияние на нивото на самооценката, а от там и на постиженията на детето, могат да бъдат

подкрепени или снижени от групата на „значимите други“ или от невъзможността на детето да покрие очакванията на другите за личните постижения и успехи.

Съществуват и някои фактори, които действат разрушително на самочувствието и успешната адаптация на детето в социалната среда:

- ▶ безпрекословно подчинение;
- ▶ зависимост и несамостоятелност

Родителите на деца със СОП, в старанието си да бъдат максимално полезни на детето си и като че ли компенсират тези нарушения, нарушават важни граници. Те са свръх обгрижващи и не подкрепящи самостоятелността, както и реалните им умения и постижения, според възможностите на конкретната личност. По пътя на успешната социализация на дете със СОП е подкрепата стъпка, по стъпка, търсенето на самостоятелност и изграждане на постижения, както в когнитивен план, така и в емоционален и социален. Покровителствената родителска позиция, прави детето несамостоятелно, зависимо. Попадайки в средата на групата на връстниците, такива деца са с ниска самооценка и нямат умения да социализират.

Добра адаптация на детето в социума може да бъде подпомогната с повишаването и на самооценката му, като:

- ▶ детето се приучва постепенно да бъде самостоятелно;
- ▶ подкрепя се във всяка негова инициатива, независимо дали резултатът е успешен или неуспешен;
- ▶ вербализира се емоционална подкрепа и одобрение;
- ▶ отчитат се и съвсем минимални успехи, за да се мотивира детето;
- ▶ силна емоционална връзка в семейството, открито дискутиране и обсъждане в рамките на семейната общност;
- ▶ създават се правила и граници, които са важни за всяка възраст и ситуация.

Една от характеристиките на деца със СОП е отклонението от поведението или засилена проява на агресия.

На ниво училищна среща проявата на агресивно поведение често пъти е напълно осъзнат личен избор, но то може и да бъде следствие от различни причини:

1. Неспособност за справяне с изискванията и очакванията на другите. Някои от очакванията на възрастните могат да бъдат прекалено високи, спрямо реалните постижения на детето. В тези слу-

чаи вместо те да бъдат стимул за детето, се превръщат в тежест, под формата на обвинителни санкции насочени към него. Проявената агресия в тези случаи е като вид защитен механизъм и отговор на свръх очакванията към детето.

2. Реакция от травмиращи събития за детето. Поради различни причини детето не успява да се справи с кризисни ситуации от живота си, то е в позиция на безпомощност. Проявата на агресия е като отговор на неотреагирания стрес или травма за детето.
3. Неспособност за овладяване на собствени импулси. Характерна особеност за младата личност са неотработени механизми за справяне с конкретни ситуации, липса на опит и компетенции. Липсата на контрол над емоциите води и до проявата на агресия.
4. Генетични причини. За тях се счита, че при някои хора прагът на търпимост и проявата на агресия (вербална и невербална) са генетично обусловени.
5. Заучен модел на агресивно поведение. В тези случаи децата огледално пресъздават образци на поведение на авторитетни за тях личности. Това могат да бъдат членове на семейството, но и външни авторитети, чието негативно влияние да бъде основна доминанта за подражание.

Девиантно поведение или девиация има латински произход *deviatio* и буквално означава, отклонение от пътя, приет от всички (Господинов В., 2010).

Терапевтичният опит показва, че едно от успешните условия за преодоляването на отклоненията от поведението на децата е на първо място търсенето на реалната първопричината за тяхната поява. На второ място, по пътя за нейното преодоляване е високото ниво на емпатия и проявата на разбиране и съпричастност, коренящи се в основата на дълбоките емоционални преживявания на детето. Всеки специалист, работещ с деца е важно да има предвид, че причините за проява на агресия са различни и съответно изискват специална подготовка и подход.

Според Каплън (Стаматов, Р. 2000) съществува зависимост между ниската самооценка на детето и девиантното поведение. Децата с ниско самочувствие, според автора, не могат да направят нищо добро и са неуспешници в „очите на значимите други“, затова те се включват в различни девиации и отклонения от социално приетите норми. Но всъщност детето

избира точно тази форма на поведение, за да компенсира и да повиши нивото на самооценката си. Изборът да се направи нещо, което е отклоняващо от общоприетото, води до привличане на вниманието и съответно повишава самооценката на извършителя. Неспособността на детето да се адаптира успешно, води след себе си и до незадоволяването на потребността от приетост и принадлежност към определена група. Самото отчуждение носи след себе си и потребността на детето да се асоциира към други деца с девиации в поведението. Това е потребността от приетост и принадлежност. В началото тези девиации са били не до там осъзнати и не до там мотивирани за детето, но с течение на времето те стават реално мотивирани и целенасочени за детето. (Стаматов, Р. 2000).

При анализът и работата с деца е важно да бъдат дефинирани, и значението или определенията на чувствата, от тези на емоциите, като част от успешната социализацията и адаптацията. Чувствата са свързани със съзнанието, те са духовни потребности (Михайлова, П., Коларов, О. 1973). Чувствата подпомагат успешното функциониране на индивида в социума (Господинов В. 2010).

Грановска определя емоциите като „процесите, които отразяват личностната значимост и оценка на външните и вътрешните ситуации за живота и дейността на човека под формата на преживявания“ (Грановска, Р. 1976).

Една от възможните причини за изявената агресия може да бъде именно емоционалната лабилност, както и ниския праг на самоконтрол у децата. Често срещана агресивна проява на ниво група или училищен клас може да бъде временно състояние на афект на дете. Характерното за афекта, е че протича бурно в ограничен времеви диапазон. Афектът може да бъде придружен с вербална и невербална агресия. Като цяло той може да бъде контролиран и овладян, като се има предвид причините за неговата поява. Афектът като цяло е наличието на вътрешни противоречия, които са в разрез с общо приети норми и правила.

Пример: В края на учебен час, момиче започва да плаче силно, да се тресе и да се дължи неадекватно. Първопричината тук е получаване на слаба оценка, която предизвиква този вид реакция у момичето, тъй като ниската оценка е в разрез с авторитарните изисквания на родителя.

Разочарованото дете, това е лесно постижим резултат, водещ след себе си, много негативизъм и проблеми.

Децата са сложни и лесно раними, поради неоформената си личност и малък житейски опит. Особено децата със СОП, често са объркани, неразбрани, силно тревожни. Те могат да бъдат агресивни в определени ситуации, когато не са разбрани, това може да бъде и комплексно усещане. Те изпитват безсилие, гняв, обида, безнадеждност, отчаяние. Учителят, педагогът, е добре да е изцяло емпатийно насочен. Възрастните имат опит и могат да си обяснят причините за последици от конкретна ситуация, възрастният може и се е научил да владее своите емоции. При децата нещата са различни. Детето с проблем е силно тревожно и често изпитва безпокойство, в повечето случаи само в средата на семейството, то се чувства защитено. Познава родителите си интонацията, гласа и има вид опитност от общуване. В училищната среда всичко е различно. Правилата, различните деца, общуването и т.н. Стресът е голям, и съответно и тревожността за детето. Пред един ученик постъпил в училище, със свърхтревожност и анамнеза на заболяване, стоят много нови и непознати неща, с които той много плавно трябва да опознае, да се научи да разпознава, да приеме и след това да се адаптира.

Приятелството е важно за всяко дете. В приятелството детето намира своя „сродна“ душа. След две, три годишна възраст, се заражда и този вид потребност от приетост, от внимание, от социална комуникация чрез игри. Желанието за приятелство расте заедно с възрастта и опитът на детето. Първата социализация в групата на връстниците става с помощта на родителите. Първите правила в играта се предоставят и се обясняват от родителите. Чрез играта детето се социализира в социума.

Играта е сериозна дейност, освободена от вътрешни ограничения (Стаматов, Р. 2000). Въвлечено в нея детето, се чувства освободено, удовлетворено, развива фантазия и умения. Но в игрите има правила. Малкото дете приема правилата, като нещо абсолютизирано и непроменяемо. В по – късен етап те се опитват да ги променят, в своя полза. А самото пренебрегване – е нещо, което винаги ще донесе негативни санкции или наказания.

Важно е още в самото начало да се обясни на детето, че не винаги то може да бъде победител, че в играта има правила, има и различни роли. Сблъсъкът с първите проблеми и конфликти. На първо място е важно да се обясни на детето, че то може да сгреша. Уменията на детето да бъде реалист се формират с опита. Това намалява неговата тревожност

и му помага да не бъде разочаровано. За опита на детето в тази посока може да се помогне двупосочно. От страна на родителите и от друга педагогът, като се визуализира и проектира примерен план да действие, ходове и се разсъждава гласно заедно с него. Добре е детето да знае, че има изход от всяка ситуация и че най-критичния момент е преодолим. Когато е разочаровано или леко депресивно, в ситуация, в която децата са сменили правила на играта, или е отхвърлено от групата, е препоръчително да му покажете алтернативи, да се говори с него. Ако детето е със СОП и е оставено само, то няма да може да преработи и преживее своите емоции, то има нужда от подкрепа и пояснение, ситуативно окуражаване. Ключов момент е и Вашата позиция по въпроса. Неговата мотивация не бива да се корени в очаквания за Ваша реакция. Детето не трябва да се притеснява за това.

Очакванията и изискванията е добре да не бъдат прекалено високи. Подпомагането става чрез напътствия, обяснение и спечелване на доверие, те породят чувство на защитеност. Изискванията и очакванията към такива деца не бива да са високи, а специално пригодени за конкретния случай, въз основа на предварителна информация да се изготви и индивидуална програма. Този вид програма да бъде адаптирана за спецификите и възможните постижения на конкретното дете. Високите и неадекватни изисквания не само, че няма да бъдат изпълнени, но и няма да бъде подпомогнат процесът на адаптация, който е основополагащ за снижаване на девиациите (агресията) в поведението, както и постиженията на когнитивно ниво за детето. При наличие на емоционален срив, паника е добре да се изяснят причините.

Като на първо място е важно да се отхвърли заплахите, санкцията, а да се говори спокойно и да се предизвика детето да сподели. Създаването на доверието между учителя и детето е основен момент.

Няколко примери за адекватна реакция в критични ситуации:

- ▶ в ситуация на криза, важно е да се реагира спокойно и хладнокръвно (децата са силно сензитивни и усещат нашите страхове, гняв, безпокойство или ненавист);
- ▶ успокойте го, че не се е случило нищо страшно и като изход от ситуацията, в която е то, му кажете, че всичко ще бъде наред;
- ▶ никога не се карайте на дете, в ситуация, в която то буйства и нещо се случва с него;

- ▶ не се карайте, не забранявайте, а говорете, за да изясните нещата;
- ▶ не се присмивайте и не критикувайте, не позволявайте другите деца да го правят;
- ▶ питайте детето как се чувства, накарайте да обясни какво се случва с него;
- ▶ използвайте подкрепа, кажете, че знаете какво му е, че и Вие сте чувствали, изпитвали подобно нещо;
- ▶ сменете дейността, за да разсеете детето, направете пауза за целия клас и изиграйте една бърза игра ;
- ▶ намерете изход, подайте такива въпроси на детето, че то само да се сети как да излезе извън тази ситуация, така то ще придобие увереност и самочувствие;
- ▶ не забравяйте да му покажете колко е важен той за класа и за всички в него, че е част от един организъм – класа, групата и без него не могат другите деца. Разкажете му, че в живота на Земята и кръговрата в природата всяко същество има значение и принос.

Ролевите игри са особено полезни за осъществяването на ефективна социализация и въвеждането на групови техники за общи правила, екипност и придобиване на емоционална интелигентност на групата.

В ранното детство ролевите игри са просто последователност на действия, тя не се приема открито от детето. В по-късен етап от развитието на детето във възрастов план, ролевата игра променя своя сюжет, съдържание и емоционални характеристики. Едно от важните способности на ролевата игра е създаването на примерни модели на поведение, които да са подготвени предварително от учителя. Вторият вид ролева игра е да се постави само обща рамка или сюжет, който да се доразвие от децата – участници. В тези случаи целта на ролевата игра е да се визуализират конкретни вътрешни характеристики, емоционални състояния или друг тип поведенчески образци за детето – влязло в ролята.

3. Подходи и техники за работа с училищен клас или група по пътя на успешната адаптация на дете със СОП

Една добра алтернатива е подготовката на класа за новото дете или за детето със специфични проблеми.

Пример: Може под формата на дискусия да се насочи вниманието към реклами, например, които има във Вашия град, или реклами, реализирани по телевизията, или във вестници (можете да подготвите предварително, подобни примери). Тук е възможно да се предостави пример за реклама на деца лишени от родителска грижа или за деца инвалиди. Извадете като основен акцент – мотивационен компонент за приемането на такова дете.

Анализ и дискусия на нагледния пример:

Децата са равни, хората са равни на планетата Земя. Независимо от цвят кожа, семейство или град, страна. Всички хора имат общи външни белези, всички хора мислят, чувстват, плачат, тъгуват или се радват. Всички деца обичат да играят и да имат приятели, обичат да имат празник и да получават подаръци. Най-големият подарък е да имаш приятели и те да те харесват и уважават. Няма добри и лоши деца, а само палави и невъзпитани.

Други възможни теми за дискусия в класа или групата, биха могли да бъдат, например:

1. *Какво значи да сме добри?*
2. *Как се прави добро?*
3. *Като се научим да бъдем добри с всички и не делим децата на лоши и добри?*

Децата са еднакви, но някои от тях имат нещо, което ги прави по трудно да се приемат от другите, а това води до трудности те да намерят приятели.

Пример за игра придружена с открита дискусия:

Искате ли да направим една мисия всички заедно да открием, че можем да имаме и нови приятели.

Една добра позитивна игра като задача за цялата група или клас може да донесе реални позитивни резултати в приемането на по-различното дете.

Например: *В кутия на малки листчета напишете името на всяко дете от класа. Задачата на децата е да изтеглят произволно по едно листче. Името от листчето, което им се падне, е на техен събученик. Обяснете на децата, че задачата им е: в близките две седмици да правят добро за детето, което им се е паднало произволно.*

В продължение да две седмици те трябва да правят само добрини за дете от своя клас или група. Правейки добро, те трябва да бъдат внимателни и да не се издават, да бъдат анонимни.

Конкуренцията и съперничеството между децата е нещо нормално и естествено. Децата се карат по между си, когато се борят за своята лична справедливост, тогава, когато се чувстват наранени или си търсят правата. В спора на децата се придобива и опит за комуникация и се изясняват границите на търпимост и толерантност.

Често срещан проблем на ниво училищен клас или група е проявата на тормоз от определени лица към определени, така наречените жертви. Терминът „тормоз между връстници“ е въведен за първи път от проф. Пламен Калчев в България. (из *Ръководство за учители – Училище без насилие*, 2007) Тормоз между връстниците е вид насилие, което е скрит процес вътре в самата група. Той представлява проява на агресия, целенасочена, характеризираща се със сила (вербална и невербална) и е епизодична или повтаряща се във времето.

Най-обобщено може да се дефинират няколко разновидности на тормоза сред учениците: физически, вербален, психологически и социален. Най-често срещани обекти или деца, които са жертва на тормоз в група или училища, са деца:

1. със СОП;
2. по-слаби физически;
3. предпазливи, плахи, с ниска самооценка;
4. прекалено обгрижвани от родители – несамостоятелни;
5. снижена самооценка;
6. нямат приятели или т.н аутсайдери;
7. самите те са жертва на насилие вкъщи;
8. надарени или деца с високи постижения.

Децата са най-жестоки един към друг и проявяват най-малко толерантност около 7 до 12 години.

Тук е важно да се обърне внимание на някои особености:

- ▶ децата злорадстват и на ниво колективни игри, трудно се поставят на мястото на другия и проявяват разбиране;
- ▶ децата обичат да издадат приятел, за сметка на свои собствени облаги;
- ▶ всяко дете обича да бъде победител и да предизвика вниманието като успял, за да получи одобрение, похвала;

- ▶ децата обичат да се конкурират да бъдат независими и търсят пътища и начини извън пределите на семейството.

Често децата са с едно поведение въщи и съвсем различни в групата на връстниците. Тази особеност е характерна, както в ранна възраст, така и в пубертета.

В тези случаи е важно да се обясни, че всеки притежава различни качества, че един е по-добър в математиката, друг – в рисуването. Всяко дете има нужда от любов и внимание, търсещо поощрение и одобрение.

Тук е добре учителят да избягват следните грешки, за да предотврати този тип конкуренция, конфликти и борба за надмощие:

- ▶ учениците да не се сравняват – даже и с цел използване на принципа на нагледността, от методиката и педагогиката;
- ▶ ученикът и детето не трябва да се етикетират от авторитетът на учителя, той е този, който дава добрият пример на подражание;
- ▶ критиките и санкциите, отправени към детето, не бива да накърняват неговото самочувствие;
- ▶ публичната обида, забележка или санкция в много от случаите, може да доведе до пълно отричане от страна на детето и да го демотивира;
- ▶ добре е детето да не се квалифицира;
- ▶ при разговор с родители и забележки, от страна на учителя, е желателно детето да не присъства;
- ▶ на тържества или други мероприятия е добре детето да не бъде публично злепоставяно, а да бъде включено да участва и да се изяви.

4. Кратки практически указания за работа с деца със СОП

По-горе описахме подробно различни причини, които могат да възпрепятстват успешната социализация. Ето няколко примерни характеристики, белези за разпознаване на такъв вид нарушения на ниво социализация и работа в екип:

- ▶ Липса на умения за провеждане на разговор, често прекъсване, промяна на темата на разговор, недовършване на изречения;
- ▶ Липса на невербален контакт по време на диалог;
- ▶ Невъзможност за активно слушане, задаване и отговаряне на въпроси;

- ▶ Трудно създаване на приятелство или поддържане на такова;
- ▶ Отказ да се включи в индивидуална или групова дейност;
- ▶ Оказване на помощ, подкрепа на приятелски решения и активности;
- ▶ Пълно отричане на общо приети правила.

По пътя на преодоляването на проблеми и овладяването на социалните умения е препоръчително:

- ▶ Да се предпазва детето от ролята на мишена или обект за подигравки в групата или класа;
- ▶ Да се научи детето с обучителни трудности да отговаря правилно на поставени въпроси;
- ▶ Да се създават условия за съвместни дейности с останалите деца;
- ▶ Да се поощряват активните дейности и активните разговори;
- ▶ Да се формират умения детето да изразява своите желания, а не да очаква другите.

Една от характеристиките за проявата на агресията по време на час или при работа в група е невъзможността на детето да постигне своите цели. Изграждането на готови модели за уважение на другия от групата на връстниците, емпатийното чувство и механизми за преодоляване на разочарованието, могат да подпомогнат успешната социализация на деца със специфични нужди.

Тези умения се научават бавно с помощта на кратки примери, ролеви игри или директни инструкции, като заучени фрази.

По пътя на осъществяването на успешни социални умения и тренинг за деца със СОП е добре да се ползват:

1. Директни инструкции;
2. Описание на желано поведение;
3. Моделиране на поведение – демонстрират се социални умения чрез филми, разкази, картинни изображения;
4. Реализират се ролево-игрови дейности;
5. Имитационни игри;
6. Обратна връзка.

Систематичните инструкции, обаче не са безопасни, защото могат да се приемат и изпълняват механично, в тези случаи няма да бъде постигнат ефект. За човека и неговия опит са валидни обективността, модификацията на инструкции, но при деца с обучителни трудности не във всеки случай има позитивен резултат. За това е особено важно да се знае, че подходът за всяко дете изисква индивидуална и персонална

преценка, зависеща от клиничната картина, индивидуални и темпераментови особености на детето, специфики на семейната общност и образци на поведение. Директните инструкции могат да се променят в зависимост от ситуацията, мотивацията, стимулите и наградите. Препоръчително е те да са постоянни и винаги навреме, но да се променят в зависимост от изискванията на ситуацията.

На ниво терапевтична дейност, важно значение са правилата между специалиста и членовете на семейството, както и правилата на ниво екип. От друга страна, постоянството и високата мотивация за членовете на семейството са част от терапевтичния успех и постиженията за самото дете.

В процеса на комуникация и терапия се създават взаимоотношения и контакти между специалистите, семействата и детето с обучителни трудности. В терапевтични интеракции се установяват определени модели на поведение, въз основа на изготвените индивидуални правила на работа, характерни и за конкретния случай. Самият процес на екипната дейност при работа с детето, въвежда спазване на примерен модел, което остава и траен отпечатък в неговото поведение. Постигането на този резултат, оправдава и основната цел на прилаганата стратегия от специалистите.

В процеса на екипната работа и терапевтирането на детето, членовете на семейството, педагозите имат възможност да преоткрият различни пътища и механизми за успешната му адаптация. Участниците в процеса преоткриват силните страни и отчитат слабите, такива, в конкретни ситуации. Това е и основната причина да не са налични готови модели за работа с деца. При всички случаи този вид програма се подготвя индивидуално, съобразена със спецификите на детето. Постиганията на детето се сравняват с негов минал опит, а за успех се отбелязват съвсем минимални достижения. Те от своя страна стават и подходящ ресурс за работа в перспектива.

За всеки конкретен случай се изготвя индивидуална терапевтична програма на работа, която да е изцяло адаптирана и пригодена за особеностите на семейната среда, анамнезата на детето, както и индивидуалните особености. Всяко едно дете със специфични потребности, разполага и с определен набор от налични ресурси, които е препоръчително да се определят още в самото начало и да са част от терапевтичната работа и част от успешната му социализация в група или училищен клас.

Тези препоръчителни модели за превантивна и терапевтична работа с децата с обучителни трудности могат да се включат в обучението в клас и да се адаптират в индивидуалните програми за обучение.

5. Родителите като част от успешната адаптация и участници в терапевтичния процес на деца със СОП

За всяко едно дете основополагащи са първите седем години. Първият социален контакт, който прави детето, е именно в семейството.

В семейството детето се научава да говори, там то получава и първите примерни модели на поведение. Подражанието може да стане осъзнато, но тъй като то е автоматично приемане на правилното, към което се стремим, в повечето случаи е неосъзнато. Наблюдавайки взаимоотношенията в семейството детето много точно ги пресъздава извън неговите предели. Практиката показва, че особеностите на взаимоотношенията и общуването в семейството, създават трайни модели на поведение. Така например, за проявата на агресия, основна причина може да се корени в семейните модели, но влияние тук могат да окажат и фактори като училище, приятелска група и други. Още в ранна възраст родителите могат да забележат и нарушения в развитието на детето си. При по-изявените случаи могат да се отграничат и нарушения в ранна възраст, видими за самите родители, като например късно проговаряне, неправилно изговаряне на думи (в по късен етап от развитието), липса на времеви ориентир, наличие на хиперактивност, липса на концентрация на вниманието и други.

При съмнения от страна на родителите добра алтернатива е провеждането на консултация с лекуващия лекар, логопед или психолог.

При диагностицирането на дете със СОП, специалистите могат да дадат основни препоръки за подпомагането на детето още в семейната среда 4–5 годишна възраст. Едно от най-важните елементи, част от успешната социализация на детето, е подкрепата и високата мотивация на родителите.

Родителите е добре да възпитават и изграждат уважение, достойнство и в същото време самокритичност, като сравняват децата не с други, а единствено и само с минали моменти или примери.

Изграждане на отговорност – важно е родителят да бъде еднакво изискващ към децата си, в семейни задължения, (пример: при наличие

на две деца в семейството, едното със СОП, а другото без нарушения – е препоръчително максимално да се уеднаквят правилата и изискванията). Пример: В практиката често срещани са родителите, които съзнателно имат различни изисквания към децата от семейството. Това води до различни последици, както за здравето на детето, така и за детето със специфични нарушения. Въпреки видимите различия на емоционално и когнитивно ниво, препоръчително е родителите да се стремят към максимално уеднаквяване и включване на двете деца в семейните задължения и отговорности. Така никое от децата няма да се чувства различно и пренебрегвано. Постепенно тези навици в семейството ще подпомогнат на детето с нарушения да бъде по-самостоятелно и по-успешно да се адаптира в условия извън семейната общност.

Правилата на членовете на семейството да са общовалидни за всички, а похвалите и наградите да са максимално равностойни за децата. Този подход е труден за изпълнение, приложението му изисква търпение и постоянство от страна на родителите, но доброто му приложение ще подпомогне за изграждане на по-успешна адаптация на детето със СОП извън пределите на семейството. Минималното насочване на вниманието към проблемите на детето, подкрепата, окуражаването повишават самооценката му. Така на детето ще му бъдат предоставени заучени модели, които в бъдеще ще му подпомогнат да преодолее и по-лесно да компенсира нарушенията си.

Независимо от спецификата на възрастта, особеностите на детето не е желателно да се изпълняват всички прищявки на детето. Важно е детето да не бъде научено да получава всичко, което пожелае или пък винаги да му се отказва. В никакъв случай не бива да се проявява агресия или да се повишава тон към неговите капризи. Поставянето на граници е от особено значение. Основите на този вид граници, е желателно да се градят от самото начало при появата на детето. Изграждането им е бавен процес, изискващ търпение и постоянство.

Игрите са особено важни за детето. Те са и начин на комуникация, затова е особено важно родителят да отделя време да играе със своето дете. Материалните неща не могат да компенсират малкото отделено време на родителите за децата или количеството любов. Още в ранна възраст 2, 3 години е доказано, че четенето на приказки, самият глас, изказът и интонацията на родителя имат позитивно въздействие върху детето (Ризова, В. 2007г.). Приказките оказват въздействие чисто емо-

ционално, а от друга развива когнитивни умения и навици, фантазия. При децата със СОП, четенето на приказки, може да подпомогне преодоляването на различните нарушения.

Така например: Бавното четене и правилното изговаряне, са добър пример по пътя на сензорното учене. При хиперактивни деца и деца с нарушена концентрация на вниманието – четенето на приказка може да бъде под формата на разказ, да не се губи контакт с очите. В тези случаи с помощта на промени в гласа, интонацията, участието на кукли или играчки, и влизането им в ролята на героя от приказката, може да се провокира и задържа вниманието на детето.

6. Правила и граници

Своевременно поставените граници родител – дете, умението и формираните навици у детето за тях, изгражда една по сигурна личност и безпорен авторитет на родителя. Емоционалната връзка, правилата на общуване в йерархията на семейната общност, се полагат в първите години от живота на детето, а в юношеството родителят е добре да бъде приятел и довереник.

Основни стъпки за коректив в поведението на детето:

- ▶ даване на любов и внимание – най-вече в семейството;
- ▶ на ниво училище с подходящ тон, поощрение, изграждане на позитивни ценности;
- ▶ нарушенията в поведението могат да бъдат провокирани от момент на преход, поради липса на адаптация или някаква криза, тук е добре да са направил план на действие;
- ▶ навременната санкция или наказание са важни, но отправени към детето, така, че да не го демотивират или злепоставят;
- ▶ друг важен момент при наказанията, за да не бъдат неефективни, т. е. те да са различни, да се сменят или редуват, да бъдат регулирани като време (да не са дълги или прекалено кратки) – това ще осигури и техния ефект и ще оправдае целта им.

Няколко примера, за това какви фрази не бива да казваме, когато сме ядосани на децата:

- Така ще постъпиш, защото аз казвам!
- Трябва да ме слушаш, защото аз така казвам и искам!
- Ти тъп ли си?
- Имаш ли акъл, изобщо?!
- Как може да си такъв глупак!
- Млъкни, веднага, влудявах ме!
- Защо не си като Иван!
- Знаеш ли днес как похвалиха Анна?!
- Срам ме е от теб, понякога!
- Веднага, замълчи!

Тези твърдения могат да доведат до липса на покорство, до ниско самочувствие, предизвикване на агресия – авто- или към друг, тиранично отношение и до други девиации в поведението.

Примерни препоръки на ниво семейна среда към родителите и членовете на семейството:

1. Особено важно е да бъдете внимателни към емоциите и чувствата на детето си;
2. Приспособявайте, адаптирайте очакванията си спрямо възможностите на детето;
3. Проявявайте търпение и постоянство;
4. Намерете баланс между подкрепянето на детето и свръхпредпазването;
5. Не преминавайте в крайности;
6. Подкрепяйте детето да развива умения в областите, в които няма нарушения.
Пример: Стимулирайте го да се развива в областта на изкуствата, ако има нарушения с концентрацията.
7. Потърсете дейности и социални групи на връстници, които не изискват високи постижения, там детето ще се чувства сигурно;

8. Често водете детето си навън на открити пространства, за да изразходва енергията си;
9. Създайте правила или програма на дейностите и задълженията вкъщи;
10. Не променяйте често правилата и този вид програми;
11. Давайте кратки инструкции, без да са императивни, не бъдете прекалено обстоятелствени;
12. По време на учене давайте кратки почивки на детето си;
13. Сменяйте стимулите, наградите и наказанията, за да получите необходимият ефект;
14. Бъдете търпеливи, уравновесени, децата са сензитивни и усещат, когато сте тревожни и други.

Литература

1. Стаматов, Р. Детска психология. П. 2000
2. Господинов В., Юноши, девиации, емоционална интелигентност, С. 2010.
3. Михайлова, П. и Коларов, О. Мисли, чувства, памет. С. , 1973
4. Грановска, Р. Социална адаптация на личността. С. 1976
5. Ръководство за учители – Училище без насилие, С. 2007 г.
6. Ризова, В. Тайната на щастливото детство, С. 2007 г.

ХИПЕРАКТИВНОСТ И ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО

Основните прояви на синдрома на хиперактивност и дефицит на вниманието са свързани с проблеми в концентрацията и устойчивостта на вниманието, свръхактивност и импулсивност. Тези проблеми трябва да са подчертано персистиращи, тежки и интензивни, Боянова, Станкова, 2005. От една страна, тези затруднения трябва да се оценяват в съответствие с възрастта и социалната ситуация, в която детето живее, от друга страна, за да се определи наличие на синдром на хиперактивност и дефицит на вниманието е необходим период на наблюдение. Според Campbell, 2000, изискването за шест месечен период има съществено отношение към диференцирането на децата с хиперактивност и дефицит на вниманието и други разстройства, най-често тревожни и в частност – реакциите на стрес след преживени житейски кризи.

Високата тревожност при малките деца често се изразява с повишена активност, лесна раздразнителност, соматични оплаквания, нарушения на съня. Много тревожни и зависими от одобрението на възрастните деца в училищна възраст могат да проявяват симптоми, твърде сходни на тези при децата с хиперактивност и дефицит на вниманието. Това разграничаване може да се направи много добре като се наблюдават взаимоотношенията на детето с възрастните, както близките, така и непознатите, зависимостта от поощрение по време на изпълнение на задачите, реакциите при фрустрация. Важна информация се извлича и от анамнезата за функционирането на детето у дома и в училище, взаимоотношенията му с връстниците, академичните постижения, Станкова, 2012.

В МКБ–10 *Хиперактивност и дефицит на вниманието* е включено в голямата рубрика *Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството* и подрубриката *Хиперкинетични разстройства*. Основните характеристики на хиперкинетичните разстройства са ранно начало, съчетание от зле модулирано хиперкине-

тично поведение и подчертано невнимание, генерализиране на тези прояви в различни ситуации и през определен период от време, МКБ–10 (1998). В МКБ–10 е отбелязана необходимостта, проявите на хиперактивност и дефицит на вниманието да започнат рано в живота, в първите 5 години.

В ДСН-IV-ТР Разстройството с дефицит на вниманието/хиперактивност е включено в по-голямата категория *Разстройства с дефицит на вниманието и разрушително поведение*. Отбелязана е необходимостта от покриване на изискванията за критериите от групата невнимание или хиперактивност и импулсивност:

А. Или (1), или (2):

(1) 6 (или повече) от следните симптоми на невнимание са персистирали поне 6 месеца до степен, че дезадаптивното състояние е несъответно спрямо нивото на развитие.

Невнимание

- a) Често не успява да съсредоточи вниманието си към детайли или прави грешки от небрежност в училищната работа, работни занимания или други дейности;
- b) Чести затруднения в поддържането на вниманието при изпълнението на задачи или игра;
- c) Често сякаш не чува, когато му се говори;
- d) Често не следва напътствия, не успява да довърши училищната работа, домашните задължения или професионалните ангажменти (но не поради поведение на противопоставяне или невъзможност да се разбират инструкциите).
- e) Често среща затруднения да организира задачите и дейностите си;
- f) Често отбягва, не харесва или се включва с неохота в задачи, които изискват съсредоточен умствен труд (като уроци в училище или домашна работа);
- g) Често губи важни предмети или изпуска детайли от задачите или дейностите (напр. играчки, училищни задължения, моливи, книги или други инструменти);
- h) Често се разсейва лесно от външни стимули;
- i) Често забравя за всекидневни, рутинни дейности;

(2) 6 (или повече) от следните симптоми на хиперактивност-импулсивност са персистирали в продължение на поне 6 месеца до степен, която е дезадаптивна и несъответна на нивото на развитие.

Хиперактивност

- a) Често си потрива ръцете или краката, или не може да се свърта на мястото си;
- b) Често става от мястото си в класната стая или в други ситуации, в която се очаква да остане седнал;
- c) Често тича наоколо или се катери нагоре-надолу в ситуации, в които това е неподходящо поведение (при юноши или възрастни този симптом може да се изразява в субективни усещания за безпокойство);
- d) Често изпитва затруднения при игра или по-тихи развлекателни занимания, изискващи съсредоточаване;
- e) Често е превъзбуден или действа сякаш „има вътрешен мотор“;
- f) Често е приказлив.

Импулсивност

- g) Често избърбя отговори, преди въпросите да са зададени докрай;
- h) Често изпитва затруднения да изчака реда си;
- i) Често прекъсва или се натрапва на другите (напр. вмята се в разговора или игра).

За поставяне на диагнозата според тази класификация се изисква поне някой от симптомите, описани по-горе, да присъстват преди навършване на 7 годишна възраст, а също и поне някои от описаните симптоми да са налични в повече от една ситуация (училище, работно място, у дома). Социалното, учебно или професионално функциониране са клинично нарушени.

Отдиференцират се три типа: 1) *Разстройство с дефицит на вниманието/хиперактивност, съчетан тип*, 2) *Разстройство с дефицит на вниманието/хиперактивност, тип, предимно с нарушения във вниманието*, 3) *Разстройство с дефицит на вниманието/хиперактивност, предимно хиперактивно-импулсивен тип*, Справочник за диагностичните критерии на ДСН-IV-ТР (2009).

ДСН-IV-ТР не специфицира по-ранната възраст от 7 години като изискване за диагностика при ХАДВ.

Използвана литература

1. Боянова, В., Станкова, М. (2005) Хиперактивност и дефицит на вниманието, ФСК.
2. МКБ–10 (1998) Психични и поведенчески разстройства, София.
3. Справочник за диагностичните критерии на ДСН-IV-ТР (2009).
4. Станкова, М. (2012) Клинични и социални аспекти на поведенческите проблеми в предучилищна възраст, изд. НБУ.
5. Campbell, S.B., Shaw, D. S., Gilliom, M. (2000) Early externalising behaviour problems: Toddlers and pre-schoolers at risk for later maladjustment, *Journal of Development and psychopathology*, 12, 467–488.

Екатерина Тодорова

**СПЕЦИФИЧНИ НАРУШЕНИЯ НА СПОСОБНОСТТА
ЗА УЧЕНЕ – ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРОЯВИ,
ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ
(ПРОТОКОЛ ЗА ОЦЕНКА)**

Въведение

Индивиди със специфични нарушения на способността за учене е имало във всички времена, във всички социални нива и раси. Психолози, логопеди, медици и педагози, както и родители на такива деца продължават усилията си да проникнат в природата на дислексията и предлагат методи, чрез които да се увеличат академичните и социални успехи на индивидите, носители на тези нарушения. През последните години се отделя твърде голямо внимание на специфичните нарушения на способността за учене по няколко основни причини. Те са свързани с това, че в наше време все повече внимание се обръща на училищните постижения поради изключителното значение на квалификацията за реализацията на индивида. Освен това в световен мащаб броя на децата, посещаващи училище и проявяващи интерес към собствения си прогрес, все повече нараства. Причина за повишения интерес са и докладствата, че някои емоционални проблеми в юношеството са свързани с училищни затруднения в по-ниска възраст. И не на последно място от причините е може би и това, че се редуцираха тежки детски заболявания и вече е възможно вниманието на специалистите да бъде привлечено от неживотозаплашващи проблеми.

Специфичните нарушения на способността за учене са динамична и развиваща се област на човешкото познание. Това нарушение е обект на изследване и интерпретация от българските специалисти от началото на 80-те години. Този термин е въведен през 2001 г. от Ваня Матанова и включва „не само едно единствено нарушение, а отразява една обща категория специфични нарушения в ученето и научаването и се отнася

до способности в няколко области на функционирането: импресивна реч, експресивна реч, основни четивни умения, разбиране на прочетеното, основни умения за писане, основни математически умения и математическо мислене и др.“. Основното в този концепт е, че нарушената способност винаги се възприема като нещо временно и подлежащо на корекция. Този термин внушава и сравнително добра прогноза, зависеща от индивидуализацията на преподаването. Във всяка една от изброените области – заедно или поотделно – могат да се наблюдават специфични нарушения на способността за учене. Тези нарушения се съпътстват и от дефицити на социалните умения, както и от емоционални, поведенчески и когнитивни дефицити. Много важно е да се отбележи, че не става въпрос за трудности в обучението, предизвикани от наличието на сензорни увреди, умствена изостаналост или отрицателни влияния на средата и на икономическите условия на живот. Основният критерий е концептът за несъответствието между потенциалните възможности и реалните достижения, т.е. индивидът демонстрира умения, несъответстващи на очакваните за възрастта, социокултурната среда и обучението.

В последните две десетилетия се забелязва трайна тенденция на увеличаване броя на индивидите с нарушения в ученето и овладяването на програмата в масовото училище. Обяснение на този факт можем да търсим както в увеличените диагностични възможности на съвременната логопедия, психология и диагностика, така и в промененото разбиране, че интелектуалното функциониране определя училищния успех. Освен това обществото постепенно, но трайно осъзна проблема „специфични нарушения в ученето“, в резултат на което започна да изисква от образователните институции адекватна помощ за тези ученици. Много от тях бяха идентифицирани като имащи интелектуални затруднения и прекласифицирани в категорията на специфичното нарушение на способността за учене, поради което процентът на умствено изостаналите намаля за сметка на тази категория.

Нарастващият брой деца със специфични нарушения на способността за учене може да бъде свързан и със затрудненията в разбирането и дефинирането на този термин. Основната трудност идва от факта, че те не представляват отделна дисфункция, а категория, създадена и дефинирана така, че да обслужва социални цели. Съществуват съмнения, че част от учениците, диагностицирани, като носители на това нарушение,

в действителност не са засегнати от него, а имат проблеми вследствие на лошо преподаване, ограничен потенциал за учене и т.н. Но тъй като терминът „специфични нарушения на способността за учене“ не е толкова стигматизиращ, учителите и родителите се чувстват много по-комфортно, когато се използва такава диагноза.

Изследването на децата със специфични нарушения на способността за учене (дислексия) започва следствие от необходимостта да се разберат индивидуалните различия на индивиди, демонстриращи дефицити в разбирането и усвояването на писмената реч, при съхранено интелектуално функциониране. Разбирането на тези индивидуални различия би могло да осигури на тези ученици такъв тип обучение, каквото те не получават в общообразователната система.

Обучението на деца със специфични нарушения в способността за учене се развива неравномерно в сравнение с обучението на деца с различни видове аномалии – зрително затруднени, слухово увредени, умствено изостанали и т.н. Това е обяснимо поради факта, че проявите на това нарушение дълги години се свързват единствено и само с мозъчна увреда и непълноценно умствено функциониране. Промененото разбиране, че не интелектуалното функциониране, а различността в преработката на вербална информация, която изборително интерферира в ученето, прави възможно идентифицирането на тези деца и подсигурява възможност за прилагане на специални условия за обучение и оценяване.

Терминология

Безспорен факт е, че в съвременната наука термини като дислексия или специфични нарушения на способността за учене обхващат група нарушения, свързани с различни области от ученето и научаването. Тези нарушения са детерминирани от особености или дефицити в други сфери на когнитивното развитие. Така например специфичните нарушения в овладяването на процесите четене и писане много често са в комбинация с особености на езиковото функциониране. Специфичните нарушения на математическите умения и математическото мислене често са следствие от дефицит в зрително пространствения гнозис или конструктивния праксис. В същото време тези комбинации от дефицити или нарушения не са задължителни. В клиничната практика се

наблюдават различни съчетания от специфично функциониране в различни области, което пък, от своя страна детерминира хетерогенен характер в групата на децата със специфични нарушения в ученето и научаването. Този факт, пораждащ множество изследователски въпроси, съчетан с големия въпрос за все още неизяснената етиология на различните нарушения, провокира формулирането на различни теоретични модели. Според това всеки модел използва собствена перспектива за развитие и терминология.

Терминът дислексия (от гръцки „трудности/затруднения с думите“) е използван за първи път през 1887 г. от немския лекар Dr Berlin (по Selikowitz M, 1995), за обозначаване на изолирани нарушения в четенето при деца със съхранено интелектуално функциониране. Последващото развитие на науки като медицина, психология и логопедия постепенно разширява понятието, като в специализираната литература се публикуват различни данни за широк кръг от симптоми, които обуславят нарушението.

Дислексията се свързва с: особености на езиковото овладяване и функциониране; трудности във фонологичната обработка и преобразуването на езиковите символи във фонологичен код; нарушения на вербално-слуховата перцепция; нарушения на зрителната перцепция при разпознаване на позицията и формата на графични вербални символи; „дефективна зрителна перцепция на последователността“; нарушения в надмодалната перцепция; особености на краткосрочната и дългосрочната памет; дефицит в цялостната преработка на информацията чрез сензорните системи и т.н. В същото време наблюдаваните затруднения в овладяването на училищните умения водят до състояние на постоянно повтарящ се неуспех, който провокира: дефицит на вниманието; промени в емоционалното, поведенческото и социалното функциониране.

Ето защо постепенно дислексията започва да се възприема като комплексно нарушение, детерминирано от широк кръг от симптоми, пряко резултиращи върху развитието на грамотността и останалите училищни умения. Също така се смята, че при нарушения в развитието на писмения език са засегнати и двата процеса – четене и писане. Според други автори тези нарушения могат да се съпътстват и от особености в овладяването на математическите умения и мислене.

Тази съвременна интерпретация провокира терминологични дискусии в научната и клиничната общности, където терминът дислексия има диференцирана употреба, според предпочитания теоретичен модел. Така например някои автори все още дефинират дислексията като изолирано нарушение в четенето, други смятат, че това е специфично нарушение на четенето и писането, а според трети дислексията обхваща всички области от специфичните нарушения на способността за учене.

Противоречията са свързани и с употребата на други подобни термини, като: дисграфия – специфично нарушение на писането; дизортография – специфично нарушение на спелуването (изговаряне на думата буква по буква); дискалкулия – специфично нарушение на аритметичните операции.

Глобалният проблем – затруднения в ученето и научаването, често се коментира и във връзка с такива състояния като: хиперактивност с дефицит на вниманието (ХАДВ), минимални мозъчни дисфункции, умствена изостаналост. Това са нарушения, които дефинират различни подходи за диференциална диагноза между специфичните и неспецифичните (общи) нарушения в овладяването на академичните умения и развитието на свързаните с тях когнитивни процеси.

Въпреки съществуващите спорове и несъответствия съвременната специализирана литература определя като основни и с тенденция за взаимна замяна два термина: дислексия и специфични нарушения на способността за учене.

Оказва се, че съдържателно те отразяват едни и същи явления, независимо че са изградени на основата на различни теоретични модели (по Матанова, 2001). Клиничният (медицински) модел дефинира понятието дислексия като нозологична единица, която очертава терапията и прогнозата на нарушението. Това е термин, който се налага като професионален и предпочитан в научните среди. Социалният (поведенчески) модел дефинира понятието специфични нарушения на способността за учене (СНСУ) – описателен термин, който е достатъчно обнадеждаващ и неетикетиращ, подходящ за използване пред родителите и широката общественост.

Специфични нарушения на способността за учене

Описателният термин „специфични нарушения на способността за учене“ е точен превод на английския термин „specific learning disabilities“, въведен в българската специализирана литература от Ваня Матанова през 2001 година. В случая авторката реализира корекция на погрешно преведения от англоезичната литература термин (началото на 80-те год.), придобил гражданственост като „специфични обучителни трудности/специфични обучителни затруднения“. Матанова дефинира промяната в терминологията като чисто формална и не касаеща съдържанието.

В средата на ХХ век (1963) на национална конференция в Чикаго Самюел Кърк за първи път използва термина *specific learning disabilities* (по Selikowitz M, 1995). Разглежда го като своеобразен „чадър“, който не отразява причините за наблюдаваните проблеми и се отнася до деца, „които имат разстройства в речта, четенето и комуникативните умения“. Според Кърк свързването на тези проблеми с умствена изостаналост, аутизъм и афазия е погрешно. Въпреки тези изключващи критерии все още няма ясно разграничение за това кои нарушения на способността за учене са специфични и кои – общи, поради твърде близкото звучене на термините *learning disabilities* (обучителни трудности) и *specific learning disabilities* (специфични нарушения на способността за учене).

Първият се отнася до *трудности в обучението*, следствие от интелектуален дефицит, слухови увреди, зрително затруднение, тежки емоционални разстройства, поведенчески проблеми или влияния на средата (Раттер М, 1987). Други термини, които се използват за обозначаване на тези проблеми, са *learning difficulties* (нарушения) и *learning disorders* (разстройства). Във връзка с това Раттер говори за *общо изоставане* в ученето, което се характеризира с ниско ниво на училищни постижения.

Вторият дефинира *специфичните нарушения* в ученето, където основна концепция е несъответствието между потенциалните възможности и реалните достижения. Според изследване на Rutter и Yole (1987, в Раттер М. (1987). Несъответствие уровня достижений потенциальным возможностям ребенка, трудности в обучении и другие проблемы, в: Помощь трудным детям, 313–345. М., Прогресс), специ-

фичните нарушения в четенето се разграничават от общото изоставане в развитието на този процес по няколко показателя:

- ▶ при децата със специфични нарушения не се регистрира дефицит на интелектуалното функциониране, за разлика от тези с общо изоставане;
- ▶ специфичното нарушение на четенето се среща три-четири пъти по-често при момчета, отколкото при момичета, докато при общо изоставане има практически еднакво разпределение между половете;
- ▶ популацията на децата със специфични нарушения в четенето се отличава с по-благоприятна терапевтична прогноза, за разлика от другата изследвана група;
- ▶ общото изоставане в процеса четене често е свързано с явни неврологични нарушения и широк кръг аномалии в развитието, изразяващи се в нарушена координация, нарушени възприятия, конструктивна диспраксия, езикови и речеви нарушения.

През 1992 г. Американската асоциация по специфични нарушения в ученето (Learning Disabilities Association of America, LDAA) предлага дефиниция за специфични нарушения на способността за учене. Според това: „специфичното нарушение на способността за учене и хронично състояние от предполагаеми неврологични източници, които селективно интерферират в развитието и интеграцията, като се демонстрират във вербалните и/или невербалните способности. Самооценката, способността за учене, социализацията и/или ежедневната жизнена активност също могат да бъдат засегнати“.

В българската специализирана литература през 2001 г. Ваня Матанова дефинира термина *специфични нарушения на способността за учене*, според което специфичните нарушения в ученето и научаването не включват едно единствено нарушение, „а се отнасят до способности в седем специфични области на функциониране: импресивна реч, експресивна реч, основни четивни умения, разбиране на прочетеното, основни умения за писане, разбиране на написаното, основни математически умения и математическо мислене“. Във всяка една от тези области – заедно или поотделно, могат да се наблюдават специфични нарушения на способността за учене. Тези специфични нарушения се съпътстват и от явен или дискретен дефицит, свързан с когнитивното и лингвистично развитие на децата, дефицити на социалните умения, както и от

емоционални и поведенчески дефицити. При определянето на специфичните нарушения „основен критерий е концептът за несъответствието между потенциалните възможности и реалните достижения, т.е. индивидът демонстрира умения, несъответстващи на очакваните за възрастта, социокултурната среда и обучението“ (Матанова, 2001).

Специфични разстройства в развитието на училищни умения

Както вече беше отбелязано, терминологичното разнообразие и свързаните с него противоречия се определят от факта, че обширната област на специфичните нарушения на способността за учене е обект на интерес от различни специалисти и области на научното познание. Това определя разнообразието от дефиниции и диагностични критерии за специфичните нарушения в ученето. Според международната класификация на болестите – десета ревизия (МКБ-Х), различните диагнози се уточняват чрез конкретни параметри, като се изясняват особеностите на функционирането при определено нарушение, което се разглежда като патологичен феномен с конкретни измерения в най-различни области. В рубриката F 81 на МКБ-Х (2003) се използва терминът *специфични разстройства в развитието на училищните умения*. Това са разстройства, при които нормалните начини за придобиване на умения са увредени още в ранните стадии на развитието, като нарушението не е проста последица от липсата на възможност за научаване и не се дължи на някаква форма на придобита мозъчна травма или заболяване. Смята се, че разстройствата се дължат на абнормности в когнитивното функциониране, които произтичат от някакъв вид биологична дисфункция. Този термин включва специфично разстройство на четенето, специфично разстройство на правописа, специфично разстройство на аритметичните умения и смесен тип разстройство на училищните умения.

Изброените разстройства се разглеждат като специфични по отношение на придобиването на училищни умения. Според тази класификация те обхващат група разстройства, които се проявяват със специфични и значими нарушения в процеса овладяване на училищните умения. Тези разстройства не са пряка последица от други нарушения, макар че могат да се проявяват успоредно с тях. За тяхното диагностициране съществуват пет основни изисквания: (1) клинично значима степен на нарушение на отделните училищни умения; (2) нарушението е специ-

фично, т.е. не може да бъде обяснено с друго нарушение или разстройство; (3) касае се за развитийно нарушение, появило се още в началото на развитие на определена функция, а не придобито по-късно, в процеса на училищно обучение; (4) трябва да бъдат изключени външни фактори като основателна причина за училищните затруднения; (5) специфичните разстройства в развитието на училищните умения не трябва да се дължат на некоригирани слухови увреди или зрителни затруднения.

Основен диагностичен критерий при *специфичното разстройство на четенето* (F81.0) е значимото нарушение на уменията за четене, необяснимо с умствената възраст на детето, със зрителни проблеми или лошо преподаване. Могат да бъдат засегнати както уменията за разбиране на прочетеното, така и уменията за разпознаване на букви и думи. Смята се, че такива деца обикновено имат анамнестични данни, свързани с речеви и езикови проблеми в предучилищна възраст, както и трудности в зрителната и/или слухова преработка и дефицит на вниманието с хиперкинетичност.

Специфичното разстройство на правописа (F81.1) се определя като изолирано нарушение, при което основните умения за четене и разбиране на прочетеното функционират в норма. В противоречие на това клиничната практика показва, че при развитийните нарушения на писмената форма на речта не се регистрират изолирани прояви, като винаги са засегнати и двата процеса – четене и писане. Не е задължително обаче това да бъде в еднаква степен и честота на проявите. От друга страна правописните грешки са само част от общата клинична картина, нещо повече – диференциалната диагноза налага наличието на други специфични грешки в процеса писане за разграничаване на децата със специфични нарушения в ученето от просто „неграмотните“ деца.

При *специфично разстройство на аритметичните умения* (F81.2) изключващи диагностични критерии са специфичните нарушения на процесите четене и писане, т.е. дефинира се изолирано нарушение на развитието, свързано по-скоро с основните аритметични действия, отколкото с по-абстрактни математически умения. Основен диагностичен критерий е дефицитът в зрително-пространствените и зрително-перцептивните умения, докато слухово-перцептивните и вербалните умения клонят към нормални граници. Клиничната практика обаче

показва, че специфичните грешки в тази област често са свързани и с широк кръг от други симптоми: дефицит в зрителната преработка, особености на краткосрочната памет, способността за разбиране на математически символи и абстрактни математически ситуации, нивото на уменията за четене и писане и нивото на езиково функциониране.

Смесеното разстройство на училищните умения (F81.3) е остатъчна категория разстройства, при която значително са увредени аритметичните умения, четенето и правописа при съхранен интелект и адекватно възпитание в училище.

Посочените диагностични критерии са твърде схематични, неясни и не отразяват многообразието от прояви при тези нарушения. Клиничната практика е много по-богата от изброените в МКБ-Х критерии, тъй като при децата със специфични нарушения на способността за учене обикновено се наблюдават проблеми от различни сфери на функциониране: от една страна – затруднения в ученето, а от друга – прояви на атипична способност да се възприема и възпроизвежда информация, което „интерферира избирателно и в другите сфери на психично функциониране” (Матанова В., 2001). Специфичните нарушения в ученето и научаването не могат да бъдат съотнесени към едно единствено нарушение и към еднотипен изолиран вид прояви, тъй като отразяват цялостното психично, когнитивно, езиково, интелектуално и социално функциониране на деца в изключително хетерогенна категория.

Рубриките в МКБ-Х са предназначени най-вече за общопрактикуващите лекари и по тази причина тяхната цел е да очертаят най-общо дадена проблемна област, а не да дефинират точни критерии за изследване, да очертаят прецизна клинична картина и терапевтична прогноза на специфичните нарушения на способността за учене.

Дислексия

Както вече беше споменато, за някои деца овладяването на четенето, писането, оперирането с лингвистични и математически символи се оказва сериозно предизвикателство. За разлика от връстниците си те се научават на тези умения по-трудно. Като възрастни те четат по-бавно от другите, разместват позицията на буквите в думите, трудно следят редовете, допускат грешки в писането, изпускат или заменят букви и

цифри. Могат да изглеждат невнимателни, разсеяни, неорганизирани или просто по-бавни. Често те са етикетирани като „мързеливи“ или „глупави“. Специалистите обаче наричат това състояние *дислексия*.

Дислексията се разбира като „разграничаващи се модели на трудности, свързани с преработката на информация, които ограничават развитието на грамотността и водят до несъответствие между очакваните и реалните постижения в училище“ (Reid G., 1994).

Британската асоциация по дислексия (2011, British Dyslexia Association) определя нарушението като: „неврологично състояние, засягащо много от областите на ученето и проявяващо се като специфична трудност в четенето, спелинга, писането, като не е задължително всичките области да бъдат засегнати. Математическите, музикалните, моторните и организационните умения също могат да се окажат нарушени“.

Според американското дружество по дислексия Orton Society „дислексията се проявява чрез трудности в овладяването на езика, включително и фонологичната преработка, както и трудности в процесите четене, писане и в някои случаи при смятане. Тя не се дължи на липсата на стимули, на сензорни увреждания, на неподходящо преподаване или на неподходящи условия, въпреки че може да съжителства с тях“.

През 2003 г. Moray House Centre for Specific Learning Difficulties определя дислексията като „затруднения в процеса на преработка на информация, които се отразяват върху ограмотяването и се характеризират с *различия и несъответствия* между задачите и изпълнението им. Свързани са с отличаващи се характеристики на: слуховите, фонологичните, зрителните, моторните и/или познавателните процеси.“

Тези основни концепции са базисни по отношение на съвременното разбиране на нарушението. Терминът дислексия се отнася до съвкупност от симптоми, които включват нарушения в ученето, четенето, писането, пространствено-времевите представи, математическите умения (в някои случаи) и свързаните с тях знакови умения. Децата в тази популация могат да проявяват различни типове трудности в процеса на ограмотяване, като ги демонстрират в различна степен (хетерогенен характер). Симптомите сами по себе си не могат да определят проблема, а са феномени на висша корова дисфункция.

Дислексията е сложно комплексно нарушение, което оказва влияние върху развитието на личността и цялостното психично функциониране. Затрудненията в училище често водят и до промени в емоционалното

функциониране (в начален курс от обучението) и поведенческото функциониране (в среден и горен курс от обучението). Вторичните симптоми на дислексията са свързани с поведението, като децата често проявяват чувство на непълноценност и вина, дефицит на вниманието, агресивност, хиперкинетичност, повишена чувствителност и възбудимост.

Дислексията може да бъде установена само при отсъствие на умствена изостаналост, сензорни нарушения (слухова увреда, зрително затруднение), тежки емоционални разстройства и моторни нарушения, въпреки, че може да съжителства с тях.

Диагностични критерии

Исключващи критерии

Един от най-популярните подходи в тази област е т. нар. негативно дефиниране на проблема, чрез изключващи критерии, според които дислексикът: е със средно или над средното ниво на интелигентност; няма сензорни (зрителни и слухови) нарушения; няма неврологични нарушения; няма психиатрични нарушения; няма емоционални проблеми; нарушенията в ученето не са следствие от културни и икономически фактори; нарушенията в ученето не са следствие от влияния на средата.

Несъответствие между потенциалните възможности и реалните постижения

При определяне специфичността на неочаквани и необичайни проблеми, безспорно за основен критерий се приема концепцията за несъответствие между потенциалните възможности и реалните постижения. Факторът противоречие, несъответствие между очакваното и актуалното ниво на училищните умения е въведен от Bateman (1964) и е ключов компонент както в идентификационните критерии, така и в почти всички дефиниции. Според тази концепция „индивидът демонстрира умения, несъответстващи на очакваните за възрастта, социокултурната среда и обучението“ (Матанова, 2001).

Несъответствие между нивата на езикова изява в устната и в писмената реч

Дислексикът винаги се изразява много по-лесно и по-добре устно, отколкото писмено. Например при писане речникът е много по-беден, отколкото в устната реч. Често децата с дислексия неправилно конструират изречения при спонтанно писане, докато подобни затруднения не се демонстрират в устната реч.

Несъответствие в постиженията в различни сфери на дейност

Американската певица и актриса Шер (<http://dyslexia.vivacom.bg>) описва училищното си функциониране така: „Никога не четях в училище. Имах ниски оценки по някои предмети и много добри и отлични по други. През втората седмица на 11 клас аз напуснах училище. Когато ходех на училище ми беше много трудно. Почти всичко, което трябваше да науча, аз го учех слушайки го. В моите рецензии винаги пишеше, че не оправдавам потенциала си.“ Важно е да се знае, че поради добрият си потенциал и различната преработка на информация дислексите често демонстрират високи постижения в сфери на дейност, различни от четенето и писането.

Несъответствие между декодирането при четене и разбирането на прочетеното

Затрудненията при дислексия се свързват основно с трудното сублексикално четене и графемно-фонемната преработка. За сметка на това те се концентрират върху значението на думите и контекста (лексикално четене). Ето защо, независимо от по-бавното (понякога мъчително) декодиране, те нямат проблем с разбирането на прочетеното.

Училищни затруднения

Основна група специфични характеристики е свързана с училищните затруднения на дислексичните деца. Това са може би и най-единодушно приеманите критерии за диагностика в тази популация, които се отнасят до способности в различни области на функционирането – основни умения за декодиране при четене, основни умения за разбиране на прочетеното, основни умения за кодиране при писане, основни умения за

разбиране на написаното, основни математически умения и математическо мислене.

Четене

Специфичните грешки се изразяват в: липса на плавно четене на думата; замяна на букви, които имат визуална прилика или такива, чиито фонемни имат звуково сходство; изпускане на букви на гласните звукове или на съгласни, там където има струпвания; добавяне на несъществуващи букви или срички в думата; разместване на правилната позиция на букви и срички в думата; замени на думи; изпускане, прибавяне или замяна на служебни думи; бавно четене; сериозни трудности при четене на глас; нарушена интонация; умора след бързо четене; по-добро разбиране при слушане, отколкото при четене (Тодорова Е., 2007, 2008, 2011). Важно е да се знае, че при дислексия на развитието, затрудненията в четенето са основани най-вече върху оперирането с лингвистичните знакове и тяхното прехвърляне (графемно-фонемно съотнасяне). Специфичните нарушения са свързани с декодирането по време на четене, но не и с езиковото разбиране. Дислексикът разбира правилно посланието на текста, няма проблем с осмисляне му и препредаване.

Писане

Специфичните грешки се изразяват в: неправилен начин, по който детето държи молива/химикалката; неправилно изписване на буквите; необходими са много упражнения за правилното изписване на дадена дума; бавно, изморително писане; грешно начало/край на буквите; трудности при спазването на реда; неспазване на разстоянията между думите или много голямо разстояние между тях; замяна на букви, които имат визуална прилика или такива, чиито фонемни имат звуково сходство; изпускане на букви на гласните звукове или на съгласни, там където има струпвания; добавяне на несъществуващи букви или срички в думата; разместване на правилната позиция на букви и срички в думата; замени на думи; изпускане, прибавяне или замяна на служебни думи; сливане на служебните думи с предходни или следходни такива; недобро усвояване на правописа; употреба предимно на някои части на

речта за сметка на неупотреба или неправилна употреба на други; своеобразно синтактично оформяне, с отклонение от общоприетите норми за строеж на изречението; бедност на описателни средства, липса на главни или второстепенни части на изречението; трудно изразяване на граматични отношения между думите за предмети и между думите за действия (Тодорова Е., 2007, 2008, 2011). Не е задължително всички описани затруднения да съществуват в клиничната картина на всяко дислексично дете, както и това да бъде с еднаква степен и честота на проявите.

Смятане

Училищните постижения на децата с дислексия са свързани и с овладяването на математическите умения и мислене. Към дислексичните прояви се отнасят и затрудненията в овладяването на математическите операции. Описателният термин *неспособност за учене, отнасяща се до математиката* (learning disability with affects math), е еквивалентен на нозологичната единица *дискалкулия* (dyscalculia) и детерминира проблеми в тази област на функциониране.

Клиничната практика показва, че в повечето случаи овладяването на математическите умения не е обект на терапия, за разлика от другите области на специфични нарушения в ученето. Едно обяснение за това е липсата на достатъчно сериозни изследвания, както и недостатъчната информация в специализираната литература относно клиниката и терапията на този проблем. Изследванията тук са насочени предимно към възрастни пациенти, при които наличието на някаква мозъчна увреда предполага прояви на *акалкулия*. В този случай етиологията и патогенезата са значително по-ясни и позволяват разработването на адекватни и ефективни стратегии за терапия.

Математическите затруднения при децата основно се свързват с нарушения на „зрителната перцепция, слуховата перцепция, моторното развитие, паметови нарушения, езикови нарушения, четивни проблеми, метакогниция, особености на вниманието, социални и емоционални фактори“ (Матанова В., 1998). Дискалкулията е симптом и на описания за първи път през 20-те години на миналия век Герстманов синдром на развитието, който включва още ляво-дясно дезориентация, пръстова агнозия и дисграфия (Мавлов Л., 2000). Симптомите често са съпът-

ствани и от дефицит на конструктивните умения, а в някои случаи и от дислексия (Александрова Б., Райчева М., Богданова Е., 2001).

Диагностиката при дискалкулия включва изследване на основните математически операции (събиране, изваждане, умножение, деление), способността за възпроизвеждане на математически факти (поредица от едноцифрени или двуцифрени числа), възможностите за запаметяване на определени цифри и числа за кратък период от време, както и изследване нивото на езиково разбиране. Ако разбирането е в норма, с ниски показатели на аритметичните умения, математическата способност би могла да бъде прилагана коректно в социални ситуации, но не и в такива, свързани с цифри и числа.

Конкретните прояви при дискалкулия са свързани с определени симптоми, обособени в няколко групи: на ниво езикови способности, на ниво писмена реч, изолирани симптоми, други симптоми.

На ниво езикови способности

Аритметичните проблеми, свързани с уменията за езиково разбиране, се отнасят до способността за разбиране на думите, включени в представянето на даден математически проблем. В този случай специфичните трудности, отнасящи се до математическите умения, се асоциират със специфични езикови нарушения.

На ниво писмена реч

Способността за четене е във връзка със способността за разбиране на математическа задача, представена чрез писмен езиков материал. Нарушението тук корелира с нивото на основните четивни умения и нивото на разбиране на прочетеното.

От своя страна трудностите в процеса писане интерферират с възможността за писане на цифри, числа и математически символи. Например: замени на числа по оптично сходство (3–8 6–9); разместване на позицията на цифри в двуцифрени и т.н. числа (12-21); грешки в изписването на математически символи (+ – . :).

Затрудненият спелинг се отнася до трудности при възпроизвеждането на двуцифрени, трицифрени и т.н. числа, т.е. трудностите са при възпроизвеждането на определена последователност от информация.

Изолирани симптоми

При някои деца специфичните аритметични трудности могат да бъдат водещо нарушение поради затруднения, отнасящи се предимно до аритметичните умения като цяло. Трудностите, които изпитват такива деца, са с голяма вариабилност и засягат различни области на математическото функциониране:

- ▶ Математическо разбиране – отнася се до разбиране на количествената характеристика на числата.
- ▶ Оперативни функции – разбиране на елементарните математическите операции (събиране, изваждане, умножение, деление).
- ▶ Селективен процес за аритметични операции – отнася се до избор на подходяща операция за решаването на даден проблем.
- ▶ Паметов дефицит, свързан със последователността – отнася се до нарушена способност за установяването на определен числов ред (58, 567, 2 459).
- ▶ Проблеми на вербалната експресия, отнасящи се до възпроизвеждането на математически термини и концепти.
- ▶ Затруднено разбиране на абстрактни математически символи, което е свързано с практически затруднения по алгебра – способност за разбиране на числа, представени от символи ($2 + x = 8$).
- ▶ Трудности при съотнасянето графичен символ/число: отнася се до способността за възприемане на дадено число като графичен символ; т.е. отнасяне на графичния символ с определената дума за число. Децата с трудност в това умение могат да смятат добре, но им е невъзможно да прочетат цифрите и числата.
- ▶ Затруднена класификация на определени предмети в група – децата със затруднения тук могат да броят само индивидуални единици, т.е. едно по едно.
- ▶ Неразбиране на фактите – съхранение на количеството и установяване на съответствието едно към едно – отнася се до способностите за разбиране, че количеството не се променя от формата и за боравене с константни математически пропорции. Пример: Дете с дефицит в тези умения не може да разпредели три кубчета на три деца.
- ▶ Затруднено графично представяне на числата, свързано със запомнянето и изписването на цифри.

- ▶ Трудности при интерпретацията на знаци, отнасящи се до способността за четене и разбиране на математическите символи – децата с такива проблеми решават задачи изключително бавно, губейки време в припомняне значението на определения математически знак.
- ▶ Грешки при писане, четене и повтаряне на числа, изразяващи се липси, замени и размествания.
- ▶ Трудно смятане наум.
- ▶ Лоша дълготрайна памет за математически понятия, символи и други.

Други симптоми

Пространствени ориентации: специфичните нарушения на математическите способности са съпътствани и от дефицит в пространствения гнозис. Най-често той се изразява в затруднени:

- ▶ ляво/дясно ориентация;
- ▶ ориентация по часовник;
- ▶ концептуализиране на колони или редици от числа;
- ▶ следене на последователността от горе на долу и от ляво на дясно.

Като следствие се наблюдават трудности във възприемането на абстрактни концепти, отнасящи се до времето и посоките, разчитане и ориентация по карти, таблици, каталози, разписания, нотни знаци.

Моторно развитие: много често децата с дискалкулния са с лоша обща координация, която води до трудности в овладяването на индивидуални или колективни спортове, особено ако те изискват някаква последователност от действия и смяна на ролите в играта. Често забравят реда на играчите при игра на карти, дама, „Не се сърди човече“. Трудно следят спортен резултат (боулинг, тенис, волейбол). Имат ограничени възможности за изработване на игрови стратегии в спортове като шах. Трудно овладяват свиренето на музикален инструмент.

Математическите способности включват много и различни умения, като трудностите могат да се дължат на дефицит във всяко едно от тях. При диагностицирането на дискалкулния обаче не е необходимо наличието на всички изброени симптоми. Всяка област от изложените математически и други умения трябва да бъде внимателно изследвана, за да се

установи точният дефицит, определящ конкретната математическа неспособност.

Атипично езиково функциониране и фонологичен езиков дефицит

Друга група диагностични критерии се отнася до атипичното езиково функциониране при дислексия. Редица изследователи, като Rack (1989), Beech (1989), Stanovich (1994, 1997), отделят голямо внимание на езиковите нарушения при дислексия. Предполага се, че 50% от индивидите с дислексия са носители на езикова патология най-вече във връзка с овладяването на фонологията, като част от езиковата система.

В специализираната литература дълго господства хипотезата за *специфичен фонологичен дефицит* при дислексия, който е генезисен по отношение на придобиването на грамотност и е свързан с фонологичната осведоменост, способността за фонологична обработка на получената информация, особеностите на краткосрочната вербална памет и развитието на способността за графемо-фонемно съотнасяне. До средата на 90-те години повечето автори приемат тази теория. В този период дислексията се описва основно като фонологична трудност, която може да бъде съпътствана и от вторични проблеми.

Една от най-експлоатираните характеристики на дислексичните прояви в този период е връзката между фонологичните способности и особеностите на краткосрочната памет. Съществува предположение, че лингвистичната информация в краткосрочната памет се съдържа във фонологична форма. Повечето хора имат субективен опит да използват по-скоро „вътрешна артикулация“ при задачи за краткосрочна памет, отколкото да се възползват от семантичната характеристика на вербалните стимули. Първоначалните изследвания предполагат, че дислексичите не използват фонологичните кодове в същата степен както нормалексичите.

Хипотезата за специфичен фонологичен дефицит, съпътстван от дефицит в краткосрочната памет, се потвърждава и от някои изследвания на способността за вербално повторение. Дислексичите изпитват трудности в такива задачи, които изискват повторение на дълги многосрични думи или псевдодуми. Смята се, че умението за вербална репрезентация на псевдодуми е предпоставка за развитие на графемо-фонемното съотнасяне, уменията за четене на непознати и псевдодуми.

Изследване на Rack (1989) показва, че дислексиците се справят успешно при семантично подобни стимули, отколкото при фонологично сходни такива, за разлика от нормолексиците. Също така, дислексиците използват в по-голяма степен визуалния код в паметта за сметка на фонологичния.

Фонологичните умения на децата се изследват и в серия от изследвания на Bradley и Bryant (1978, 1983, 1985), които проучват хипотезата, че усетът за рима и алитерация може да е от значение за развитието на четивните умения. Според тях дислексичните деца показват ниски резултати при очевидно прости задачи за откриване на римувани думи или посочване на неримуваната дума в кратка серия от вербални стимули.

Хипотезата за фонологичен езиков дефицит при дислексия поражда много спорове в изследователските среди. Редица изследвания доказват, че не съществува такъв специфичен дефицит при дислексичните деца. Тези автори смятат, че взаимодействието е в обратна посока, като придобиването на грамотност е ключов фактор за развитието на метафонологична способност, при която фонемите и техните варианти се разбират като абстрактни категории, които могат да бъдат отнесени към съответни графични знаци. По всяка вероятност дислексичните прояви са по-скоро свързани с дефицит в тази способност, изискваща развитие на металингвистично познание за езика, тъй като се смята, че до постъпването на детето в училище то не само е овладяло артикулацията на трудните говорни звукове в езика, но и фонологичната система от правила и изключения на възрастните носители на същия език. Още повече, че много често в клиничната практика се демонстрира правилна употреба на фонемите и фонологичните правила в устната реч, като специфичният дефицит се проявява в нейната писмена форма.

От друга страна, ако приемем хипотезата за водещ фонологичен дефицит, допускаме, че основните грешки при децата с дислексия са свързани предимно с графемо-фонемното съотнасяне, а не толкова с графемното разпознаване.

Въпреки това специфичният фонологичен дефицит при дислексия не може да бъде напълно отречен. Той обаче би трябвало да се разглежда по-скоро в контекста на развитие на металингвистични способности, връзката му с другите области на езиково функциониране. По правило,

децата с дислексия демонстрират фонологични езикови дефицити предимно в писмената си реч, за сметка на сравнително добро езиково функциониране в устната.

Артикулационни нарушения и дислексия

Артикулационните нарушения са твърде спорна диагностична характеристика при дислексия. Неправилната говорна продукция, изразена в типични грешки от постоянен характер, ако я има, се приема за съпътстващо нарушение, което допълнително може да усложни дислексичните прояви.

Особености на зрителната преработка на информация

Проблемите са свързани със затруднения при категоризацията на съществените белези на предметите и с невъзможността за повторното им разпознаване и възпроизвеждане с помощта на паметовите механизми. Това се отразява на способността за диференциране на сходни визуални стимули и символи, като букви, цифри, думи, визуални изображения и реални обекти. Като следствие от това се продуцират грешки от постоянен характер, изразяващи се в замени на визуално сходни графемии:

1. Букви, които имат еднаква форма и елементи, но са различно разположени в пространството: *и-п, ш-т, Е-Ш*.
2. Букви, които имат *сходна* форма и елементи: *л-м, п-т, и-у, ш-щ, ъ-ч, у-ц, а-о, б-д*.

Тези трудности се свързват с дефицити в краткосрочната зрителна памет, трудности при спазването на правилната последователност на буквите в думата, затруднения в правилното разпознаване на цели думи. Зрително-перцептивните дефицити могат да се проявят и като несъответствия в рисуването на децата с дислексия като големина, съразмерност, разположение и опростяване на обектите.

Особености на слуховата преработка на информация

Затрудненията тук се изразяват в замени на такива графемии, чиито фонемии изискват фина акустична диференциация, като:

1. Звучни/беззвучни консонанти [п-б, ф-в, т-д, к-г, с-з, ш-ж].
2. Съскави/шушкави консонанти [с-ш, з-ж] и съответните им африкати [ц, ч].
3. Сонорните звукове [м-н, р-л].

Тези трудности се свързват с дефицити в краткосрочната вербално-слухова памет, способността за фонемна и звуко-буквен анализ на думи.

Особености в надмодалната перцепция

При децата с дислексия се наблюдават и нарушения, свързани със способностите за зрително-пространствена ориентация, времева ориентация, възприемане и възпроизвеждане на ритмови структури. Тези затруднения се изразяват в:

- ▶ затруднена ляво-дясно ориентация;
- ▶ трудности в разбирането и употребата на понятия, обозначаващи пространство, пространствени отношения и време;
- ▶ трудности, свързани с проследяването на редовете при четене и писане;
- ▶ трудности при спазването на определена последователност от графеми;
- ▶ затруднена последователна перцепция на графемите в рамките на цели синтактични структури;
- ▶ затруднено възприемане на графемата като пространствен знак;
- ▶ трудности при възприемане и употреба на предлози, логико-граматични структури и глаголни времена.

Особености на краткосрочната памет

Специфична характеристика на дислексията е и наличието на някои паметови проблеми, свързани с неспособност за кодиране на информация, затруднено съхранение на информация и ниската мотивация на децата с дислексия за това. Особено изразени са нарушенията в краткосрочната памет и съхраняването на зрително-пространствената информация, които корелират с нарушеното графемно-фонемно декодиране и фонемно-графемно кодиране.

Трудности в зрително-моторната координация

Диагностичен критерий са и трудностите в зрително-моторната координация. Тези затруднения са свързани с проблеми в перцептивната преработка на зрителни конструкти, продуцирани с рисуване, чертане и писане. Особени затруднения се изпитват при диференцирането на фините зрително-моторни разлики, които заемат изключително важно място при овладяването на процесите четене и писане.

Проблеми на емоционалното, поведенческото и социалното функциониране на децата

Дислексията се характеризира не само с проблеми в овладяването на училищните умения, но и с дефицити, свързани с емоционалното, поведенческото и социалното функциониране на децата. Постоянно повтарящият се неуспех формира у тях чувство на несигурност. Те не могат да отговорят на очакванията на другите по отношение на усвояването на училищните умения и поведение. Често са фрустрирани, имат лоша Аз-концепция и ниска самооценка. Средата често им предлага етикетиране, негативна оценка и изолация, или е твърде протекционистична към тях. Чувствайки се непълноценно, детето с дислексия става конфликтно, агресивно, проявява свръхчувствителност към забележки, затваря се в себе си, появяват се психосоматични симптоми (повръщане, анорексия, безсъние). Тук обаче остава отворен въпросът, дали всички тези реакции са фон, предшестваша появата на дислексия, или по-скоро са следствие от това състояние на непрекъснато повтарящ се неуспех.

Дефицит на вниманието

Дефицитът на вниманието е характерен дефицит за голяма част от децата с дислексия, но не и задължителен. Най-често страдат качествата на вниманието – концентрация и задържане. Учениците с дефицит в тази област са инактивни, с трудности в идентификацията на съществени белези на предметите, в игнорирането на външни незначителни стимули, което оказва влияние върху селективното внимание. Те успяват да се съсредоточат за кратко време и трудно пренасочват

вниманието си от един обект на друг. Дефицитите тук са важни по отношение на овладяването на училищни умения, тъй като „вниманието като базисен психичен процес е детерминант в процеса на овладяване на езиковата система и свързаните с нея умения за четене и писане“ (Матанова В., 2001). Не е достатъчно ясно обаче, дали тези дефицити обуславят дислексията, или по-скоро, вече появила се, тя предизвиква проблеми в тази област.

Разгледаните диагностични критерии представят съвременното разбиране за диагностика и диференциална диагноза в областта на специфичните нарушения на способността за учене, както и определянето на характера на дислексичните прояви. Не е задължително във всяка една от тези области да бъдат регистрирани специфични затруднения, както и това да бъде в еднаква степен, сила и честота на проявите. Също така тези нарушения могат да се съпътстват и от особености във социалните умения, както и да засягат някои емоционални и поведенчески аспекти.

Използвана литература

1. Александрова Б., М. Райчева, Е. Богданова (2001). Герстманов синдром на развитието при деца със специфични обучителни затруднения. *Специална педагогика*, 3, 74-84.
2. Институт за детско психично здраве и развитие (2009). <http://dyslexia.vivacom.bg>
3. Мавлов Л. (2005). Алексии и аграфии. С., ЛЦ-Ромел
4. Матанова В. (1998). Трудности в овладяването на аритметичните операции у ученици със специфични обучителни трудности. *Специална педагогика*, 2, 22-30.
5. Матанова В. (2001). Дислексия. С., Софи-Р.
6. Международна класификация на болестите – X ревизия (2003). Психични и поведенчески разстройства. С., НЦОЗ/БПА (второ издание).

7. Раттер М. (1987). Несоответствие уровня достижений потенциальным возможностям ребенка, трудности в обучении и другие проблемы, в: *Помощь трудным детям*, 313-345. М., Прогресс.
8. Тодорова Е. (2007 първо издание, 2008 второ издание). *Дислексия*, С., Изд. на НБУ.
9. Тодорова Е. (2011). Дислексия, в: *Интеграция на деца с комуникативни нарушения* (под ред. на Виолета Боянова), 33-48, С., изд. Славина.
10. Beech J. (1994). Reading skills, strategies and their degree of tractability in dyslexia, In: *Dyslexia in children*, 39–76. London.
11. British Dyslexia Association (2011). <http://www.bdadyslexia.org.uk/about-dyslexia.html>
12. Moray House Centre for Specific Learning Difficulties (2003). <http://www.ed.ac.uk/schools-departments/education>.
13. Rack J. (1994). Dyslexia: The Phonological Deficit Hypothesis. In: *Dyslexia in children*, 5-31, London.
14. Reid, G. (1994). *Specific learning difficulties (Dyslexia) – a hand book for study and practice*.
15. Selikowitz M. (1995). *Dyslexia and other learning difficulties*. New York, Oxford Press.
16. Stanovich K. (1994). Annotation: Does Dyslexia Exist? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 579–595.
17. Stanovich K., Siegel L., Gottardo A. (1997). Converging evidence for phonological and surface types of reading disability. *Journal of Educational Psychology*, 89, 114–127.

Приложение: *Диагностичен протокол*

**СПЕЦИФИЧНИ НАРУШЕНИЯ
НА СПОСОБНОСТТА ЗА УЧЕНЕ/ДИСЛЕКСИЯ**
Диагностичен протокол

Име на детето: _____

Възраст: _____ ЕГН _____

Училище, клас: _____

Адрес, телефон: _____

1. Фамилна анамнеза

Наследствена обусловеност: _____

Фамилен статус (семеино, професионално, социално функциониране): _____

2. Онтогенетични данни

Бременност: _____

Раждане: _____

Минали заболявания: _____

Прохождане: _____

Ранна езикова онтогенеза (поява на гукане, „бръщолевене“ (лепет), първи думи, първи изречения)

Особености: _____

Когнитивно развитие

Особености: _____

3. Езиково функциониране

Езикова среда (влияние на диалектни форми)

Особености: _____

Билингвизъм

Описание: _____

Степен на устно владеене на езика на ограмотяване _____

Ранно чуждоезиково обучение

Език	Възраст	Език	Възраст	Друг език	Възраст
Английски		Немски			
Френски		Руски			

Особености: _____

4. Проверка на изключващите критерии

Критерий	ДА	НЕ
Интелектуално функциониране		
Сензорни нарушения		
Неврологична симптоматика		
Емоционални, поведенчески, психиатрични нарушения		
Културни и икономически фактори		
Неблагоприятни влияния на средата		

5. Несъответствия

Несъответствие между потенциални възможности
и реални постижения

ДА	НЕ

Несъответствие между нивата на езикова изява
в устната и писмената реч

ДА	НЕ

Несъответствие между постиженията
в различни сфери на дейност

ДА	НЕ

Несъответствие между четене (декодиране)
и разбиране на прочетеното

ДА	НЕ

Описание: _____

6. Нарушения в ученето

Специфични нарушения – ЧЕТЕНЕ

Типове грешки:

Вид грешка	ДА	НЕ
<i>Паралексия</i> – замени на букви (визуално и/или акустично сходство)		
<i>Елизии</i> – пропускане на графемни (грешки на опростяването)		
<i>Огледално четене</i>		
<i>Инверсии</i> – разместване на графемни и/или силабемни		
<i>Изпускане</i> на служебни думи (предлози, съюзи, частици)		
Затруднено <i>графемо-фонемно</i> прехвърляне (представки, окончания)		
Затруднено <i>проследяване на редовете</i>		
<i>Бавен темп</i> на четене		
<i>Нарушена интонация</i> при четене		

Описание на типовете грешки (качествен анализ): _____

Модел на четене

Лексикално четене (отгоре – надолу)	Сублексикално четене (отдолу – нагоре)

Специфични нарушения – ПИСАНЕ

Типове грешки:

Вид грешка	ДА	НЕ
<i>Параграфия</i> – замени на букви (визуално и/или акустично сходство)		
<i>Елизии</i> – пропускане на графеми (грешки на опростяването)		
<i>Огледално писане</i>		
<i>Инверсии</i> – разместване на графеми и/или силабем		
<i>Изпускане</i> на служебни думи (предлози, съюзи, частици)		
<i>Сливане</i> на служебните думи с предходна или следходна дума (предлози, съюзи, частици)		
<i>Отделяне</i> на представката от коренната морфема и изписване като предлог		
Загруднено <i>фонемно-графемно</i> съотнасяне (представки, окончания)		
Грешки на <i>граматиката и правописа</i>		
<i>Пунктуационни</i> грешки		
Нарушена <i>зрително-моторна координация</i>		
<i>Бавен темп</i> на писане		

Описание на типовете грешки (качествен анализ): _____

Специфични нарушения – МАТЕМАТИЧЕСКИ УМЕНИЯ

Типове грешки:

Вид грешка	ДА	НЕ
Затруднено езиково разбиране на математически проблем		
Затруднено четене на текстови задачи		
Затруднено писане на цифри, числа и математически символи		
Затруднено разбиране на количествената характеристика на числата		
Затруднено разбиране на елементарни сметни операции (събиране, изваждане, умножение, деление)		
Затруднен избор на подходяща операция за решаването на даден проблем		
Паметови дефицити, свързани със последователността (нарушена способност за установяването на определен числов ред)		
Проблеми на вербалната експресия, отнасящи се до възпроизвеждането на математически термини и концепти		
Затруднено разбиране на абстрактни математически символи		
Трудности при съотнасянето графичен символ/число		
Затруднена класификация на предмети в група (броят само индивидуални единици, т.е. едно по едно)		
Неразбиране на факта съхранение на количеството		
Затруднено установяване на съответствието едно към едно		
Трудно смятане наум		
Дефицит на дългосрочната памет за математически понятия, символи и други		

Описание на типовете грешки (качествен анализ): _____

7. Особенности на езиковото функциониране

Езикова форма:

Фонология	
Морфология	
Синтаксис	

Количествен звуков анализ на думи (фонология):

ДА	НЕ

Качествен звуков анализ на думи (фонология):

ДА	НЕ

Езиково съдържание:

Семантика	
-----------	--

Езикова употреба:

Прагматика	
------------	--

Описание (качествен анализ): _____

8. Нарушения на зрителната, слуховата и надмодалната перцепция

Зрителен гнозис:

Зрителна перцепция	
Зрителна дискриминация	
Зрителна памет	
Литерални параграфи	

Фонемен (слухов, речев) гнозис:

Слухова перцепция	
Слухова дискриминация	
Слухова памет	
Литерални параграфи	

Надмодална перцепция:

Зрително-пространствен гнозис	
Времени гнозис	
Ритмов гнозис	
<i>Възпроизвеждане последователност от графем</i>	
<i>Предлози</i>	
<i>Логико-граматични структури</i>	
<i>Глаголни времена</i>	

Описание (качествен анализ): _____

9. Особенности на краткосрочната и дългосрочната памет

Краткосрочна		Дългосрочна	
<i>Вербално-слухова</i>		<i>Вербално-слухова</i>	
<i>Зрителна</i>		<i>Зрителна</i>	

Описание (качествен анализ): _____

10. Трудности в зрително-моторната координация

Описание (качествен анализ): _____

11. Метакогнитивни дефицити

Умения, стратегии, ресурси за ефективно изпълнение на задачите

Саморегулация за планиране на действия; проверка, оценка на резултата от дейността

Описание: _____

12. Емоционално, поведенческо и социално функциониране

Оценка: _____

13. Дефицит на вниманието

Анализ на параметрите на внимание: _____

ДИАГНОЗА

I.

	Диагноза	
Визуален тип	Езиков тип	Смесен тип

II.

Обучителни трудности	ДА	НЕ
Интелектуално функциониране		
Сензорни нарушения		
Неврологична симптоматика		
Емоционални, поведенчески, психиатрични нарушения		
Културни и икономически фактори		
Неблагоприятни влияния на средата		

ОПИСАТЕЛНА ДИАГНОЗА

ИНДИВИДУАЛНА ПРОГРАМА ЗА ВЪЗДЕЙСТВИЕ

ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА

Детето или юношата с генерализирано тревожно разстройство страда от прекомерни и нереалистични притеснения по отношение на собствените способности, одобрението на другите хора, правилността на поведението си и бъдещето. Децата с генерализирани тревожни разстройства показват крайна стеснителност, нуждаят се от успокоение, изпитват сериозни затруднения да се отпуснат и често имат соматични оплаквания, като например главоболие и болки в корема, които не са свързани с физически причини. Критериите на DSM-IV включват постоянно безпокойство и поне три от долуизброените симптоми, като поне няколко от тях се проявяват през по-голямата част от времето:

- ▶ безпокойство или напрегнатост;
- ▶ лесна умора;
- ▶ проблеми с концентрацията;
- ▶ раздразнителност;
- ▶ напрежение на мускулите;
- ▶ нарушение на съня.

Симптомите трябва да се проявяват поне 6 месеца и да са свързани с значителен стрес и намалено функционално състояние.

До пубертета детските генерализирано тревожно разстройства се среща еднакво често и при момичетата, и при момчетата. По време на пубертета случаите при момичетата доминират, Werry 1991. С по-висок риск са децата от малки семейства, с родители от по-горните социални слоеве, с родители с високи амбиции. По отношение на разпределението, преобладаващите стойности са между 2,7 и 4,6%, Castello, 1989.

Разстройството с тревожност от раздяла е типично за детството. В DSM-IV е описано като неподходящо или прекомерно за стадия на развитие безпокойство при отделянето на детето от дома или от основна фигура, към която детето е привързано. За да се постави диагноза, трябва да се проявят поне три симптома за поне четири седмици и да е

налице смутено функциониране и/или напрежение в резултат на симптомите.

Симптомите на разстройството с тревожност при раздяла включват повтарящо се и прекалено напрежение при очакване на раздяла и/или страх от загуба и опасност за родител или друг обект на привързаност; отказ да посещава детското заведение; прекомерен страх у детето да остава само и да спи само (без присъствието на обекта на привързаност); чести прояви на кошмари; чести соматични оплаквания, когато очаква раздяла със значима фигура.

Тревожност при деца с разстройства от аутистичния спектър

Децата с разстройства от аутистичния спектър често демонстрират симптоми на други психични разстройства, включително поведенчески затруднения, агресия, хиперактивност и тревожност, Weisbrot et al. 2005. Множество изследвания посочват, че децата с разстройства от аутистичния спектър са с по-висок риск да посрещнат критериите за други психични нарушения, като Хиперактивност и дефицит на вниманието, Поведенческо разстройство, Разстройства на настроението и Тревожни разстройства, Ghaziuddin et al. 1998. От друга страна, Gadow et al. (2004) показват, че нивата на психиатричните симптоми при децата с разстройства от аутистичния спектър са сходни, както при всички деца с психични нарушения, независимо дали те са от аутистичния спектър или други.

Тревожността е описана в първоначалната картина на аутизма на Канер още в средата на 20-ти век. Абнормни реакции като „експесивен страх в отговор на незаплашителни обекти“ се включват в чертите на аутистичното разстройство в DSM-IV. Тревожността при разстройствата от аутистичния спектър е от особен интерес, тъй като се счита за свързана с основните симптоми. Напр. стремежът към еднообразие може да се разглежда като реакция на тревожността. Промяната на рутината и прекъсването на стереотипните поведения може да повиши тревожността, напрежението, емоционалния стрес при децата с разстройства от аутистичния спектър, Volkmar et al. 1999. От друга страна, възможно е, децата с разстройства от аутистичния спектър да се въвличат в повтаряеми движения, за да снижат тревожността, Bodfish et al. 2000. Друга хипотеза е, че повтарящите се движения при някои деца

не са свързани с тревожността, но носят удоволствие поради рестриктивните интереси, McDougle et al. 2000. Съзнанието за социалните дефицити и провалите в социалното представяне могат да доведат до висока тревожност при индивидите с високо функциониращ аутизъм, Chamberlin et al. 2007.

Литература

- Bodfish, J.W., Symons, F.J., Parker, D.E., Lewis, M.H. (2000). Varieties of repetitive behaviour in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 237–243.
- Costello, E. J. (1989). Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care pediatric sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 851–855
- Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Menzies, L. A., Blackwell, A. D., Bullmore, E.T., Robbins, T. W., Sahakian, B. J. (2007) Impaired cognitive flexibility and motor inhibition in unaffected first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*; 164: 335–8
- McDougle, C. .J. et al. (2000) A double-blind, placebo-controlled study of Risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 794–801
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J., Azizian, A. (2004) Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 34(4):379–393
- Ghaziuddin, M. (1998). Behavioural disorder in the mentally handicapped: the role of life events. *British Journal of Psychiatry*, 152, 683–686
- Lewis, M., *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook* Baltimore : Williams & Wilkins, 1991
- Volkmar, F., Cook, E., Jr., Pomeroy, J., Realmuto, G., Tanguay, P. (1999) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12 Suppl), 32S–54S

- Werry, J. S. (1991) Overanxious disorder: A review of its taxonomic properties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30,533-544.
- Weisbrot, D. M., Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J. (2005) The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*.15:477–496

Симптоми на тревожност при деца

1. Страх от ситуации, които включват непознати хора.
2. Отказ да участва в дейности, които включват непознати хора.
3. Страх от бъдещето – последствия от определени дейности или бъдещ резултат.
4. Чести прояви на задъхване, сърцебиене без причина.
5. Проблеми в общуването с връстниците.
6. Проблеми в общуването с възрастните – включително близки.
7. Страх от определени дейности – напр. пътуване с кола или самолет, асансьор.
8. Избягване на ситуации, свързани с взаимодействия с връстниците.
9. Необичаен страх от животни.
10. Тревога за собствените способности и компетентности.
11. Страх от раздяла с близките.
12. Отказ да ходи на училище, за да остане у дома.
13. Проблеми в концентрацията и устойчивостта на вниманието.
14. Често хленчене, раздразнителност, инатливост.
15. Чести оплаквания от болки в корема, главата и други, без физиологична причина.
16. Чести проверки за безопасност, миене на ръце или други повтарящи се действия.
17. Неоснователен страх от крадци, престъпници или други опасни хора.
18. Често повтаряне на това, което и извършило, тъй като смята, че не е извършено перфектно.

Признаци и симптоми на посттравматично стресово разстройство при деца

- ▶ Отново преживяване на травматичното събитие.
- ▶ Кошмари, свързани със събитието.
- ▶ Повтарящи се игри на теми, свързани със събитието.
- ▶ Внезапна силна тревога.
- ▶ Отбягване или емоционална притъпеност.
- ▶ Отбягване на дискутирането на събитието или отричане, че то се е случило.
- ▶ Избягване на места, хора или предмети, които могат да предизвикат.
- ▶ Спомени за травмата.
- ▶ Регресивно развитие.
- ▶ Социално отдръпване или отделяне.
- ▶ Рязък, безцеремонен афект.
- ▶ Повишена възбудимост.
- ▶ Безсъние, протестиране при лягане, оставане буден цяла нощ.
- ▶ Раздразнителност, агресивност, свръхвъзбудимост.
- ▶ Бдителност и сканиране.
- ▶ Тактилна защитност и повишен старт-ефект.
- ▶ Автономна свръхактивност.

Магдалена Димитрова

ЗАЕКВАНЕ В ПРЕДУЧИЛИЩНА И УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Най-често срещаното функционално нарушение на устната реч е заекването. Обикновено то започва в ранната детска възраст, но в някои случаи може да продължи цял живот. Причините са много и все още няма ясно изразено становище по въпроса. Има различни, често противоречиви данни за разпространението на заекването. Най-често се смята, че то варира между 2 и 3% от общата популация. Смята се, че заекването е по-широко разпространено сред бялата раса, отколкото сред жълтата, повече при лицата от мъжки пол, отколкото при тези от женски пол. Около 2 пъти по-голям е броя на лицата, при които са се проявявали нарушения на плавността на речта в ранна детска възраст, но после са отшумели. Наблюдават се също и разлики в степента на разпространение на заекването сред различните народи и култури – 1,8% в САЩ; 2,1% в Русия; 2,3% в България. Особено впечатление прави сравнително високият процент на заекващи деца във Франция – 5,6%.

Заекването се появява най-често в ранното предучилищно детство на 2,5–5 годишна възраст. Независимо от крехката възраст този проблем се изживява тежко от децата, които полагат усилия да се изкажат не успяват да го сторят ефективно и това довежда до чувства на срам, гняв, тъга и непълноценност. Състоянието натовазва психиката прекомерно, а това от своя страна води до задълбочаване на проблема с флуентността на говора. В някои случаи логофобията води до тотален отказ от комуникация. Това означава, че заекването е не само комуникативен проблем, но се отразява негативно и на психиката, адаптирането към социалните условия на средата, и по-нататъшното професионално развитие на индивида. Заекването е едно от най-тежките нарушения на речта. В повечето случаи се повлиява трудно, като допълнително се усложнява от притеснението, което детето изживява, поради неспособността за плавен изказ, чувството за срам и страх от социални изяви. По този начин повишената тревожност засилва заекването, а то на свой

ред повишава тревожността. Това се отнася с особена сила за случаите на т.нар. психогенно заекване, при което критичността към собствения изказ е силно изострена, особено поради факта, че преди появата на заекването речта е била плавна.

Ключов термин в определението на заекването е т.нар. *флуентност*. Тя е свързана със способността за плавен изказ, която при заекване е силно нарушена от неволеви спазми на артикулаторния апарат, нахъсано неравномерно дишане и в някои случаи е съчетано с допълнителни мимики или движения на лицето или тялото – тикове, примигване, потропване с крак, движения с ръцете и др. Дисфлуентност на говора е нещо, което се случва при всички индивиди понякога, а при малки деца, току-що усвояващи способността за говор, тя дори е наречена *нормална дисфлуентност*, характеризираща се с повторения на фонологични или морфологични единици. Но тя се отличава от тази при заекването по типа и честотата на спазмите, които при заекващ индивид са постоянни, мъчителни и неволеви.

Критерии за установяване на заекване

Патологичните прояви при заекващи могат да се групират в първични симптоми и асоциирани поведенчески и други характеристики (по Боянова, 2007 г.).

Първичните характеристики на заекването включват един или повече от следните симптоми:

- ▶ повторения на звукове или срички;
- ▶ звучни и беззвучни блокажи на речевия поток;
- ▶ удължаване на звукове;
- ▶ вмъквания на паразитни звукове или думи;
- ▶ разрушаване на думата, чрез неправилно, нахъсано произнасяне;
- ▶ произнасяне на звукове и думи с прекомерно напрежение и борба в процеса на говорене.

Вторични поведения при заекване

Отбягващите поведения са свързани с очакването на спазъм и с усилието той да бъде избегнат, като се подмени думата с неин синоним без „проблемния“ звук; чрез избягване на ситуации с повишена тревожност;

чрез отбягване на хора, които притесняват по някакъв начин индивида и др. Вторичните поведения се явяват с цел да бъдат избегнати първичните симптоми или да се избегне тяхната продължителност. Те се разделят на избягващи и отбягващи. Първите са опит да се избяга от спазъма, като говорещият се опитва да приключи бързо с изказването. Тази е причината много заекващи да говорят по-бързо, което вторично довежда до напрежение от очакването на спазъма и съответно до още по-влошена реч. Същевременно с това той/тя включва допълнителни действия, които да разсеят спазъма и да облекчат напрежението, които често са успешни – примигване, движения с глава, допълнителни звуци и др.

Съществува и трета категория характеристики, които участват в синдромния комплекс на заекването. Това са чувствата и нагласите. Детето бързо установява, че емоциите – негативни или позитивни, провокират и усилват заекването. Контактът със социалния свят му носи чувства на страх, срам, фрустрация, малоценност. Целият този комплекс от отрицателни емоции спомага за развитието на негативна нагласа към общуване и съответно до логофобия.

- ▶ Симптом на Фрьошелс – леко повдигане и разширяване на ноздрите, което обикновено е признак на тежко невротизиране.
- ▶ Допълнителни паразитни движения по време на говор, които по своя характер са волеви (жестове с ръце, потропване с крак, тактуване, примигване) Често чрез тях детето се опитва да намали напрежението или да отвлече вниманието на събеседника си от говора му.
- ▶ Агресивност, като отговор на подигравателно отношение от средата или следствие на собственото чувство за непълноценност.
- ▶ Прекалена конформност, като отговор на чувството на малоценност, с което детето цели да се хареса и да бъде прието по-леко в колектива.

В някои случаи като компенсаторно поведение се явява т.нар „да превърнем дефекта в ефект“, при което детето използва своето състояние, за да манипулира родителите си и останалите от обкръжението. Чувството за съжаление, което предизвиква, му донася нужното внимание, удовлетворяване на желанията и усещане за контрол. В тези случаи се наблюдава засилване на заекването при наличието на конфронтация от средата по посока на детето, което заекване не винаги може да се нарече „неволеви акт“, макар реално да съществува такъв проблем.

По отношение на видовете заекване, трудно би било да се даде еднозначно определение на заекването, най-вече поради факта, че макар

видимите симптоми да са почти еднакви, то съпътстващите явления и причините за спазмите са доста разнородни и в много случаи – строго индивидуални. Боянова, 1986 г. в свое проучване върху 248 заекващи и 136 контроли разделя типовете заекване според вероятната етиологична причина на три групи: психогенно, херeditарно и органично.

Влияние на заекването върху самооценката на децата

Общуването на детето със заобикалящата го среда е процес на социално взаимодействие и формиране на Аз-концепция, която зависи от опита му и същевременно влияе на този опит. Това повлиява жизнената позиция, която по-късно детето ще заеме. За съжаление в този период заекващите деца преживяват много трудни моменти на унижения, подигравки, дискриминация или съжаление. Това повлиява тяхната себеоценка – те или реагират бурно и напълно разбираемо с агресия или автоагресия, или развиват социално желателно поведение, в опита си все пак да се приобщат към социума. Като всяко друго нарушение, етикетират индивида като „различен“, белезите, които оставя заекването в Аз-образа на детето и порасналия вече човек са трайни и дълбоко осакатяващи.

Заекването оказва огромно негативно влияние върху самооценката на децата в почти всички аспекти от техния живот. Училищната възраст е етап на себеутвърждаване и формиране на увереност в собствените качества и умения. Нерядко те доброволно стават аутсайдери, защото за тях е трудно и дори невъзможно да бъдат активни участници в дискусии, спорове и дори в случаите, когато убедени в правотата си, не успяват да се защитят. Децата със заекване като група имат по-ниски постижения в училище в сравнение с незаекващите деца. Проучванията показват, че децата със заекване изостават от своите връстници средно с около ½ година. Заекването оказва голямо въздействие върху тяхното самочувствие и възможностите им за представяне при изпитване в клас и във всички публични изяви в училище. Често децата в училищна възраст заявяват, че не знаят отговора и не са учили урока си, за да избегнат ситуациите, свързани с говорене и необходимостта от преодоляване на страха от заекване. Можем да си представим фрустрацията, на която са изложени при почти всяка житейска ситуация – пазаруване, разговор със съученик или учител, говорене по телефон, среща с

момче/момиче. И като прибавим „способността“ на заекването да се засилва в моменти на вълнение, нещата съвсем се усложняват.

Нерядко семейната среда на дете със заекване е изискваща и демонстрираща своето притеснение от проблема на детето или обратно – negliжираща проблема, сякаш той не съществува или ще изчезне от само себе си. Това допълнително влошава самооценката му и изхода от евентуална терапия. Адекватната подкрепа на семейството е от изключителна важност, тя е част от терапията. Затова е важно родителите не само да бъдат информирани за особеностите, свързани с този проблем, но и да участват в терапевтичния процес, синхронизирайки работата с логопеда.

Приятелските отношения и свободното общуване с връстниците също биват затруднени от заекването. Детето се притеснява да говори, а това му пречи да изрази себе си, да бъде забавно и да се включва спонтанно в разговорите наоколо. То става добър слушател, но притеснението, че другите трябва да бъдат търпеливи, за да го изслушат, както и страхът от подигравка и отхвърляне сериозно затормозяват комуникациите му.

Много автори дискутират заекването и неговите причини в контекста на емоционалните преживявания, свързани с него. Oyler, Richardson, 1997 (по Станкова, М., 2007) правят изследване с 25 заекващи и 25 не-заекващи деца на възраст 7–12 години. Целта на изследването е да се провери има ли различие между експериментална и контролна група по отношение на сензитивност, реактивност, реакция на стрес и възможности за справяне, чувствителност към времеви натиск, шум, светлина и допир. На база на данните от изследването Oyler разработва скала за скрининг на сензитивността при децата (Parent Perception Scale). По късно авторката увеличава броя на изследваните лица, както и възрастовия диапазон на 3–17 години и доказва по-голяма разлика между двете групи. Тя установяват в групата на заекващите по-високи нива на сензитивност, ранимост, обучителни проблеми, нарушено внимание и моторна координация, хиперактивност.

От друга страна е установено, че някои характеристики на темперамента може би повлияват продължителността, хронифицирането на заекването и изхода от терапевтичната намеса. Станкова (2007) посочва, че деца със заекване, които се характеризират с темперамент с добра саморегулация и контрол, ниска тревожност и реактивност, се възстановяват по-бързо от останалите. Те успяват да пренесат уменията от логотерапията в реалния си живот по-бързо и уверено, а тази гъвкавост и добър

самоконтрол им позволява да не фиксират в травматизма си, предизвикан от заекването, а да подходят автономно и отговорно по отношение на собствените си възможности и отговорности.

Структуриране на работата при дете в предучилищна възраст

При деца с предучилищна възраст има няколко основни момента в структуриране на работата:

- ▶ Задържане интереса на детето и привличането му активно в процеса, за което възпитателят трябва да прилага игрови методики от типа на разиграване на роли, импровизирани сцени и др. По този начин детето няма да може да се изолира, както често децата със заекване се стремят, а останалите деца ще свикнат с неговото присъствие и участие в груповия процес.
- ▶ Опитайте да делегирате с някаква отговорност детето, с нещо конкретно, за което то да се грижи. Така то ще се чувства значимо, а уважавайки себе си ще уважава и авторитета ви и другите деца.
- ▶ Напомняйте на детето да поема въздух преди да се изкаже и да говори по-плавно и тихо (при шепот заекването изчезва).
- ▶ Известен факт е, че когато децата пеят не заекват. Поощрявайте детето в такива занимания, като го молите да изпее нещо на другите деца, да участва в сценка с песен или дава предложение за конкретна мелодия в редовните ви занимания.
- ▶ Заекването намалява и значително се облекчава при н.нар. съпроводена реч, при която в един глас може да рецитирате стихче или да разказвате приказка с плавна реч.
- ▶ Напомняйте му да говори по-тихо и по-бавно, това подпомага флуентността в говора.

Консултиране на родителите:

- ▶ Активното им включване към процеса на адаптиране на детето в средата, партниране на възпитателя и определяне на взаимна отговорност за поведението на детето. Понякога при negliжиращи родители това е трудно постижимо. Опитайте с позитивен подход, похвали и признаване на трудностите и проблемите им, за да получите партниращ, а не отхвърлящ ви родител.
- ▶ Промяна на формите на общуване в семейството в случаите, когато обстановката е травмираща и неподкрепяща. Не се притеснявайте да се обърнете за помощ към психолога или към социални служби, в случай, че поведението на родителя ви безпокои.

Работа с деца със заекване в училищна възраст

Това, което се взима предвид при по-големите деца, е, че при тях заекването вече е хронично и с времето е нанесло своите поражения на психиката. Оттам следват и повишената тревожност, негативна самооценка, отрицателни емоции и пр. Затова е нужно терапията да са съобразени с индивидуалността на детето и с неговите субективни изживявания свързани със заекването т.е. необходимо е терапията да има комплексен характер. С детето трябва да работи логопед и психолог. Ето и някои от основните принципи при работа с дете в тази възраст:

- ▶ Децата да са активно включени в груповия процес и да партнират.
- ▶ Задавайте им по възможност затворени въпроси на които да могат да отговорят кратко.
- ▶ Когато това се налага изпитвайте детето писмено, но без това да прави впечатление на другите деца – ако може като допълнително домашно или, когато това е възможно, в извънкласно време.
- ▶ Поговорете с родителите на другите деца по време на родителска среща, като ги помолите да поговорят със собствените си деца за проблема. Нека им обяснят, че всеки човек има индивидуални особености, от които понякога се срамува.
- ▶ Предвид това, че вие прекарвате повече време с децата, понякога и от родителите, вие сте по-важна и авторитентна фигура. Затова поговорете и вие с децата в отсъствие на заекващото дете, като изслушане спокойно мнението им и им дадете съвети да бъдат по-чувствителни към чувствата на другите.
- ▶ Съобразявайте се с чувствата на детето – срам, агресия, потиснатост, нежелание за работа, понякога то има нужда от разбиране и приемане
- ▶ Окуражавайте детето да говори за проблемите си с вас, вие сте не по-малко значими за него от собствените му родители (в проведено от екипа ни изследване е установено, че голяма част от децата се чувстват по-спокойни и склонни да споделят с учителя си, отколкото с близките).
- ▶ Дискутирайте с детето стратегии за справяне с напрежението му по време на изпит и в общуване с класа/групата – то ще ви сподели от какво се нуждае, а емоционалната връзка, която ще създадете с него в такъв разговор, ще го направи по-спокойно, изпълнително и уважаващо авторитета ви.
- ▶ Винаги, когато имате нужда молете ресурсния учител или психолога да ви помагат, за да не се товарите прекомерно и да имате капацитет да се справяте с цялата група. Но поддържайте контакт с помощника си, изисквайки обратна връзка, за да не се нарушава връзката ви с детето, а оттам и работния процес в групата.
- ▶ Когато говорите с детето, налагайте бавно темпо на говорене, припомняйте му да вдишва дълбоко преди да започне да говори и поддържайте очен контакт с него. Така то ще усеща подкрепата ви и няма да се противопоставя на вашите изисквания, приемайки ги за застрашаващи го.
- ▶ Въведете родителите в работния процес, ако това е възможно:

В заключение може да се каже, че заекването влияе изключително негативно върху психологическото развитие и формиране на личността при децата. Провалите при говорене в училище, сред приятели и в други ситуации водят до страх от говоренето, което пък от своя страна довежда до развитие на чувство за малоценност, страх, срам и ниска самооценка. Ниската самооценка сама по себе си пречи за разгъването на целия потенциал от способности и възможности за изява. От една страна позитивните чувства, като радост, вълнение, удоволствие или дори нетърпение да споделят щастието си довеждат до засилване на заекването. От друга страна негативните изживявания довеждат до същото, а социалните ни интеракции са свързани изключително с емоции. Това неминуемо довежда до негативизъм и дори до отказ от комуникация с околните и съвсем естествено като последица идва социалната изолация и слаби училищни умения. Нерядко като компенсаторен механизъм се развива агресивно поведение или конформност, които да компенсират ниската самооценка, налагайки „уважение“ или молейки за същото. С времето убедеността в собствената непълноценност и „дефектност“ остава трайни белези върху самочувствието на децата и те израстват без да се осмелят да опознаят и изпробват в социума своя интелектуален ресурс.

Библиография

1. Боянова, В. Анатоомофизиологични особености на заекващи деца, 1990
2. Боянова, В. Диагностика и терапия при генерализирани разстройства на развитието ФСК, 2006
3. Георгиева, Д. Нарушения на плавността на речта, 2004
4. Димитрова, М., „Самооценка при деца със заекване“, Научно-практическа конференция „Иновации в образованието“ 2010 г., Департамент на Шуменския университет
5. Кърпачева-Тасева, И., „Ролята на думата в корекцията на заекването“, 2004

6. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2002
7. Минчева, Н., ръководство за изследване на детето, 1999, „Психологически особености на познавателното и личностовото развитие през средното детство“.
8. МКБ – 10 „Психични и поведенчески разстройства“, 1998.
9. Станкова, М., „Програми за терапия на заекване“, 2007.
10. Фройд, З., „Неврозите“, Евразия 1993.
11. Fiety Meijer-Degen, Johan Lansen, M.D. Arts in Psychotherapy Alexithymia – A challenge to art therapy. The story of Rita., The Arts in Psychotherapy, Vol. In Press, Corrected Proof, doi: 10.1016/j.aip.2005.10.002.
12. Kim, Seong-in; Kang, Hyung-Seok; Kim, Youn-Hee Arts in Psychotherapy A computer system for art therapy assessment of elements in structured mandala..Feb2009, Vol. 36 Issue 1, p 19–28, 10 p.
13. Kim, Seong-in; Bae, Jun; Lee, Youngho, Arts in Psychotherapy, A computer system to rate the color-related formal elements in art therapy assessments, Jun 2007, Vol. 34 Issue 3, p 223–237, 15 p.
14. Owens, R, E., Metz, D, Haas, A., Introduction to Communication Disorders: A Life Span Perspective. Allyn & Bacon., 2000.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА АВТОРИТЕ

Доц. д-р Виолета Боянова – доцент по неврология в НБУ, дългогодишен преподавател в НБУ - бакалавърска програма „Социална работа и логопедия“, магистърска програма „Рехабилитация при езикова и речева патология“, магистърска програма „Психология на развитието“ и магистърска програма „Клинична психология“, бакалавърска програма „Психология“. Директор на Център за рехабилитация и интеграция за деца с комуникативни и емоционално-поведенчески нарушения към НБУ. Основни изследователски и практически интереси в областта на нарушенията на детското развитие.

Д-р Маргарита Станкова, главен асистент в НБУ, психиатър, магистър по комуникативни нарушения, преподавател в бакалавърска програма „Социална работа и логопедия“, магистърска програма „Рехабилитация при езикова и речева патология“, магистърска програма „Психология на развитието“ и магистърска програма „Клинична психология“, бакалавърска програма „Психология“ в НБУ. Основни изследователски интереси в областта на нарушенията в детското развитие, емоционални и поведенчески разстройства, разстройства от аутистичния спектър.

Д-р Екатерина Тодорова, главен асистент в НБУ, логопед, преподавател в бакалавърска програма „Социална работа и логопедия“, магистърска програма „Рехабилитация при езикова и речева патология“, магистърска програма „Психология на развитието“, бакалавърска програма „Психология“ в НБУ. Основни изследователски интереси в областта на обучителни трудности, дислексия, нарушения в развитието на езика в детска възраст.

Магдалена Димитрова – докторант на НБУ, бакалавър по психология, магистър по клинична психология и логопедия. следдипломна квалификация по арттерапия. Психолог в Център за рехабилитация и интеграция за деца с комуникативни и емоционално-поведенчески нарушения към НБУ. Научни интереси в областта на аутистичната симптоматика, психоаналитичната психология.

Мирослава Мирчева – магистър по психология, секретар на МКБППМН в район Лозенец в София, хоноруван преподавател в Център за продължаващо обучение в НБУ и преподавател по практика в бакалавърска програма „Психология“ в НБУ. Основни практически и изследователски интереси в областта на девиантното поведение, патологията на детското развитие, програми за подкрепа на родители на деца с нарушения.

Венета Василева – бакалавър по психология, магистър по логопедия от НБУ. Логопед в Дневен център за социална интеграция на инвалиди в София. Хоноруван преподавател по практика в НБУ в бакалавърска програма „Социална работа и логопедия“ и магистърска програма „Рехабилитация при езикова и речева патология“.

КРАТКА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПРОЕКТА

На 12.01.2012 г. ОБЩИНА БУРГАС сключи договор по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, процедура **BG051PO001-4.1.04** „Подпомагане на обучението на деца и ученици със специални образователни потребности“, за изпълнение на проект **BG051PO001-4.1.04-0068** „Среда и сигурност за деца от уязвими социални групи“.

Партньори на Община Бургас са:

- ▶ Нов Български Университет
- ▶ ОДЗ № 9 „Делфин“, гр. Бургас
- ▶ ЦДГ № 1 „Звезда“, гр. Бургас
- ▶ ОДЗ № 4 „Калина Малина“, гр. Бургас
- ▶ ОУ „Пейо Яворов“, гр. Бургас
- ▶ ОУ „Найден Геров“, гр. Бургас
- ▶ ОУ „Антон Страшимиров“, гр. Бургас

Размерът на безвъзмездната финансова помощ е 372 960,64 лв. Сроктът на изпълнение на проекта е 23 месеца и 19 дни.

Обща цел на проекта е да се подпомогне образователният процес на децата и учениците със специални образователни потребности (СОП) чрез развитие на интегрирано и включващо обучение.

Сред основните дейности на проекта са: Подпомагане на социализацията и интеграцията на деца и ученици със СОП, Обучение и подготовка на учители и специалисти с педагогически функции в училищата и детските градини за работа с деца и ученици със СОП, Работа с децата и учениците за приемане на различието, Оборудване на специализирани кабинети в детските градини и училищата партньори за работа с деца със СОП.