



Европейски съюз

Оперативна програма  
„Развитие на човешките ресурси“

Проект BG051PO001-4.1.07

„Включващо обучение“



Европейски социален фонд

---

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

---

**Ваня Матанова • Екатерина Тодорова**  
ИНСТИТУТ ЗА ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ И РАЗВИТИЕ

# РЪКОВОДСТВО

за прилагане на методика за оценка  
на образователните потребности  
на децата и учениците



Проект  
„Включващо обучение“  
2013

## **ВСИЧКИ ПРАВА ЗАПАЗЕНИ**

*Нито една част от тази книга не може да бъде преиздавана или използвана по начин, несъответстващ на Закона за авторското право и сродните му права, в сила от 01.08.1993 г., последно изменен, ДВ., бр. 25 от 25 март 2011 г. Тази забрана се отнася до неоторизирана употреба или репродукция във всякакви форми, включително електронни приложения.*

*Цитирането на части от текста трябва да бъде съотнасяно към основното издание на тази книга. Правилният начин на цитиране е:*

**Матанова В., Е. Тодорова.** Ръководство за прилагане на методика за оценка на образователните потребности на децата и учениците. Институт за психично здраве и развитие, С., 2013.

# СЪДЪРЖАНИЕ

За авторите .....	5	VI. Оценка на езиковата и говорната изява	
<b>Предговор</b>		в устната реч .....	40
Енигмата на аномалното детско развитие .....	6	1. Изследване на артикулацията .....	40
<b>ГЛАВА ПЪРВА</b>		2. Преразказ на слухово възприет текст .....	45
<b>Интегрирано и включващо образование</b>		3. Разказ по серия картини .....	46
<b>на деца с нарушения в развитието .....</b>	9	VII. Оценка на писмената реч — ЧЕТЕНЕ .....	52
<b>ГЛАВА ВТОРА</b>		1. Четене на букви .....	55
<b>Функционална оценка</b>		2. Четене на думи .....	56
<b>на потребностите на децата и учениците .....</b>	13	3. Четене на псевдодуми .....	56
I. Лични данни за детето .....	14	4. Четене наум и разбиране .....	57
II. Снемане на анамнеза .....	14	5. Четене на глас и разбиране .....	57
III. Оценка на интелектуалното функциониране .....	16	VIII. Оценка на писмената реч — ПИСАНЕ .....	58
IV. Оценка на когнитивното развитие .....	17	1. Вербално-слухова диктовка .....	60
1. Пространствени ориентации .....	17	2. Преписване на текст .....	61
2. Времеви представи .....	18	3. Автоматизирано писане .....	61
3. Пръстов гнозис .....	19	4. Писане на изречение по картина .....	61
4. Разпознаване и номинация на основните цветове .....	19	5. Писмен разказ по картина (серия картини) .....	61
5. Разпознаване и номинация на геометрични фигури .....	19	6. Писмен разказ по тема .....	62
6. Оценка на параметрите на вниманието:		<b>ГЛАВА ТРЕТА</b>	
Коректурна проба .....	20	<b>Умствена изостаналост</b>	
7. Оценка на паметта: Тест на Лурия „Десет думи“ .....	23	I. Характеристика на умствената изостаналост .....	64
8. Оценка на мисловните процеси:		II. Диференциране на умствената изостаналост	
„Четвърто излишно“ .....	25	от други сходни състояния .....	72
9. Разпознаване и посочване		<b>ГЛАВА ЧЕТВЪРТА</b>	
на качествени антонимни значения .....	26	<b>Хиперкинетичен синдром с дефицит на вниманието</b>	
10. Рисушка на човешка фигура .....	26	I. Исторически преглед .....	75
11. Рисушка на дърво .....	29	II. Епидемиология .....	76
12. Конструктивни умения .....	31	III. Биологични етиологични фактори .....	76
V. Оценка на езиковото разбиране .....	33	1. Наследственост .....	76
1. Оценка на комуникативните умения		2. Мозъчни увреди .....	78
в училищна възраст — езиково разбиране, езикова		IV. Симптоматика .....	79
изява, говор, артикулация, писмена реч .....	33	V. Класификация .....	81
2. Изследване на фонологичните езикови умения		VI. Насоки за работа .....	82
и фонологичната осведоменост .....	34	VII. Терапевтични принципи .....	83
3. Разбиране на многозначността на думите .....	38	<b>ГЛАВА ПЕТА</b>	
4. Разбиране на предлози .....	38	<b>Дислексия на развитието .....</b>	85
5. Разбиране на предложни отношения .....	39	I. Дефиниране на понятието .....	86
6. Разбиране на прости инструкции .....	39		
7. Разбиране на сложни линейни инструкции .....	39		
8. Разбиране на поговорки и метафори .....	40		
9. Разбиране на слухово възприет текст .....	40		

II. Етиология на дислексичните прояви . . . . .	88	I. Аутизъм — Канер-синдром . . . . .	105
1. Липса на функционална специализация на мозъка . . . . .	88	II. Аспергер-синдром . . . . .	114
2. Забавено съзряване на лявата мозъчна хемисфера . . . . .	89	III. Рет-синдром . . . . .	120
3. Функционална сензорна дезинтеграция между зрителната и слуховата преработка на вербалните символи . . . . .	89	IV. Друго дезинтегративно разстройство — Синдром на Хелер . . . . .	122
4. Генетична хипотеза . . . . .	90	V. Атипичен аутизъм . . . . .	124
III. Диагностични критерии . . . . .	90	VI. Хиперлексия . . . . .	125
1. Изключващи критерии . . . . .	90	VII. Савант-синдром . . . . .	127
2. Несъответствие между потенциалните възможности и реалните постижения . . . . .	91	<b>ГЛАВА СЕДМА</b>	
3. Несъответствие между нивата на езикова изява в устната и в писмената реч . . . . .	91	<b>Нарушения на привързаността в детска възраст</b>	
4. Училищни затруднения . . . . .	91	I. Формиране на привързаността в детска възраст . . . . .	132
5. Специфични грешки в четенето — декодиране и разбиране . . . . .	91	II. Последици от липсата на адекватна привързаност . . . . .	136
6. Специфични грешки в писането — кодиране и разбиране . . . . .	92	III. Етиология на разстройствата на привързаността . . . . .	140
7. Специфични грешки в развитието на математическите умения и математическото разбиране . . . . .	93	IV. Видове привързаност . . . . .	142
8. Особенности на езиковото функциониране и фонологичен езиков дефицит . . . . .	94	V. Класификация на разстройствата на привързаността . . . . .	144
9. Артикулационни нарушения и дислексия . . . . .	96	VI. Терапевтични принципи . . . . .	146
10. Особенности на зрителната преработка на информация . . . . .	96	<b>ГЛАВА ОСМА</b>	
11. Особенности на слуховата преработка на информация . . . . .	96	<b>Комуникативни нарушения</b>	
12. Дефицити в надмодалната перцепция . . . . .	97	I. Комуникация и комуникативни нарушения . . . . .	149
13. Дефицит в краткосрочната памет . . . . .	97	II. Говорни нарушения . . . . .	151
14. Трудности в зрително-моторната координация . . . . .	97	1. Специфични артикулационни нарушения (диспалия) . . . . .	151
15. Проблеми на емоционалното, поведенческото и социалното функциониране . . . . .	98	2. Ринолалия . . . . .	154
16. Дефицит на вниманието . . . . .	98	3. Дизартрия . . . . .	155
IV. Възможности за разпознаване на дислексията . . . . .	99	4. Вербална диспраксия . . . . .	156
		5. Заекване . . . . .	159
		III. Езикови нарушения . . . . .	160
<b>ГЛАВА ШЕСТА</b>		<b>ГЛАВА ДЕВАТА</b>	
<b>Разстройства от аутистичния спектър . . . . .</b>	<b>105</b>	<b>Родителски интервенции</b>	
		<b>при деца с нарушения в развитието . . . . .</b>	<b>166</b>
		<b>Библиография . . . . .</b>	<b>171</b>
		<b>Приложения . . . . .</b>	<b>176</b>

### **ПРОФ. ВАНЯ МАТАНОВА, Д. ПС. Н.**

Професор Ваня Матанова работи в областта на клиничната психология, невропсихологията и специалната психология. От 1990 г. е доктор по психология, а от 2000 г. е доктор на психологическите науки. От 2001 г. е директор на магистърска програма „Клинична и консултативна психология“, СУ „Св. Климент Охридски“. От 2011 г. е ръководител на катедра „Социална, трудова и педагогическа психология“, СУ „Св. Климент Охридски“. Автор е на монографиите „Диагностика на деца с комуникативни нарушения“ (1998), „Дислексия“ (2001), „Психология на аномалното развитие“ (2003), „Аутизъм“ (2008). През 2012 г. е един от авторите в тритомника „Невропсихология“. Има над 130 научни публикации в наши и международни издания, участник е в многобройни научни форуми в страната и чужбина. През 2012 г. организира „Първи национален конгрес по клинична и консултативна психология“. Ваня Матанова е сертифициран когнитивно-поведенчески психотерапевт с над 25-годишен стаж в областта на клиничната и консултативната практика. Председател е на „Българска асоциация по клинична и консултативна психология“ и „Българска асоциация по дислексия“. Член е на управителния съвет на „Дружеството на психолозите в България“. От 2009 г. е главен редактор на единственото у нас специализирано научно списание „Клинична и консултативна психология“. През 2010 г. основава и ръководи „Институт за психично здраве и развитие“ – София. В института се осъществява диагностична и терапевтична дейност с деца и възрастни с проблеми в психичното и социалното функциониране. Тази дейност се осъществява от екип от специалисти от различни помагащи професии – клинични психолози, логопеди, психиатър, невролог, социален работник, ресурсен учител. Институтът реализира научноизследователски и обучителни проекти.

### **ГЛ. АС. ЕКАТЕРИНА ТОДОРОВА, ДОКТОР ПО ПСИХОЛОГИЯ**

Екатерина Тодорова работи в областта на говорната и езиковата патология. Един от водещите специалисти в областта на дислексия на развитието. От 1995 г. е магистър по логопедия, от 2005 г. е доктор по психология. Автор е на монографиите „Диагностика на езиков дефицит при дислексия“ (2005), „Дислексия. Специфични нарушения на способността за учене“ (2007), „Артикулационни нарушения“ (2009), „Основни аспекти на специфичните артикулационни нарушения в детска възраст“ (2013). Има над 50 научни публикации в наши и международни издания, участник е в многобройни научни форуми в страната и чужбина. Има двацетгодишен стаж в областта на комуникативните нарушения. От 2006 г. е щатен преподавател в Нов български университет. До 2009 г. е директор на бакалавърска програма „Психология“, Нов български университет. Член е на управителния съвет на „Института за психично здраве и развитието“ – София и „Българска асоциация по дислексия“. Член е на „Националното сдружение на логопедите в България“ и „Дружеството на психолозите в България“. Автор е на програма за идентификация, обучение и оценяване на студенти с дислексия в Нов български университет.

Настоящото ръководство е в резултат на дългогодишна терапевтична и диагностична дейност на авторите в областта на нарушенията в детското развитие. Много често се цитира фразата, че за зрелостта на едно общество се съди по отношението му към слабите и немощните. Но те не винаги се нуждаят от финансови средства, а от елементарна подкрепа, защита и приемане. За съжаление нашето общество все още е нетолерантно към патологията и даже към вариантите на норма. Тази толерантност може да бъде култивирана, развита, ако тях ги има около нас. Изоляцията им води до още по-голямо неприемане, до възпроизвеждане и даже до създаване на митове и грешни концепции за тях. Все още битува налаганият дълги години модел за равенство на възможностите и способностите. Невписващите се в този модел просто биват отритнати. Но ние сме такива, каквито сме, точно защото сме различни от другите. Различията всъщност формират индивидуалността, уникалността на всеки от нас. Много е трудно обаче да се каже категорично кое от различията формира нормалното психично функциониране и кое попада в зоната на т. нар. патология. Съществуват тежки нарушения, при които този въпрос не стои. При тях е особено наложително ясното и точно формулиране на целта на терапевтичния процес с ясното съзнание, че достигане на норма (особено на статистическа норма) е невъзможно. Целта на терапията следователно не е достигането до нормата, а приближаването до нея чрез използването на всички наличен потенциал на детето. Крайно време е да скъсаме с разбирането (което по света отдавна е факт), че има необучаеми деца. Даже и при тежки аномалии съществува област или области, в които може да се достигне определен напредък и развитие. При немалка част от нарушенията на развитието този напредък трябва да се търси в областта на социалното функциониране и придобиването на самостоятелност. И в такъв смисъл е необходимо съобразяването с индивидуалната норма, с потенциалните възможности на детето.

Немалка част от детските нарушения на развитието са с добра прогноза, но при оказване на своевременна и компетентна помощ. За

съжаление у нас не съществува изградена стройна и работеща система за ранно откриване и въздействие при нарушения на развитието. Много често даже и специалисти се осланят единствено на факторите израстване и съзряване, което води до загуба на безценно време и то точно в т. нар. сензитивни периоди на развитие, в които корекцията, компенсацията и възстановяването са с най-добър ефект. Това говори и за липсата на нужната информация както за родителите, така и за широката общественост, както по отношение на характерните особености на децата с различни нарушения на развитието, така и по отношение на терапевтичните подходи и прогнозата на тези нарушения.

За да бъде адекватно диагностицирано и терапевтирано едно нарушение в детското развитие е необходимо да изясним що е аномално развитие и как специалистите от помагащите професии определят аномалното детско развитие. Изборът на парадигма е твърде важен, за да бъде дефинирано, изследвано и терапевтирано атипичното развитие. Дълги години в тази област господства т. нар. медицински модел. Той обаче много трудно може да бъде приложен, особено по отношение на много динамичната, безкрайно реактивна и с големи възможности за компенсация детска възраст. Исторически изследванията на аномалното развитие са свързани с медицината. Първите проучвания са използвали модела на соматичните болести като база за дефиниране на нарушенията в развитието. Оттогава до днес термините на медицината все още са господстващи в тази област, което в голяма степен определя мнението, че единствено и само медиците имат правото и капацитета да терапевтират успешно тези деца.

И досега много специалисти разбират аномалното развитие като нестандартно поведение в резултат на някаква болест, аналогична на физически недъг. Дълго време именно соматичните болести са служели като модел за дефинирането на психичната болест. Това логично води след себе си факта, че много често децата с нарушения в развитието се диагностицират като имащи умствена болест. Аномалия от гръцки означава неравенство, неравност. И в такъв смисъл аномално развитие означава съпътствано от трудности, „неравности“. Това обаче предполага, че трябва да приемаме за аномално всяко поведение или функциониране, което се отличава от средното ниво на общоприетите норми. Понякога един и същи индивид е „нормален“ в очите на едни и „аномален“ в очите на други. Следователно едно

и също поведение може да бъде оценено различно в зависимост от ситуацията и участващите в нея. Например, Том Сойер или Макс и Мориц. Със сигурност те не отговарят на идеала на много хора. В някакъв смисъл обаче те са идеал на много момчета по света.

През последните години за идентификацията на нарушенията в детското развитие се използват наръчници, издадени от различни световни организация или професионални асоциации. През 1952 г. Американската психиатрична асоциация прави класификация на аномалното поведение и издава официален наръчник на психичните нарушения, включващ описание на диагностичните критерии (DSM). В наше време това е най-широко приетата система за класификация на психичните нарушения, използвана не само в САЩ, но и в цял свят, подкрепена и одобрена и от експертите на Световната здравна организация. Съществуват няколко ревизии на оригинала от 1952 година – DSM-II-1968 г., DSM-III-1980 г., DSM-III-R-1987 г., DSM-IV-1994 г., DSM-IV-TR-2000 г. Всички те представляват справочници, които обслужват целите на диагностиката и статистиката. Създадени са за професионалисти от различни области, като в тях са зададени единни клинични описания и диагностични указания, които осигуряват обща база за диагностика, изследователска работа и събиране на данни за психични заболявания, сравними помежду си.

Друг широко използван наръчник е МКБ-10 – Международна класификация на болестите – десета ревизия. Тя е с много по-широко приложение у нас, отколкото DSM-ите. МКБ-10 е издадена в Женева през 1992 г. Основната част от психичните разстройства в МКБ-10 са представени в своеобразни синдромологични рубрики. Термините „болест“ и „заболяване“ в този справочник са заменени с термина „разстройство“. Разстройството се свързва преди всичко с определена дисфункция, отклонение от нормата, което причинява на индивида или неговото обкръжение изразено безпокойство или даже страдание.



Интеграцията е един от най-често обсъжданите въпроси в специалната психология и специалната педагогика.

Интегрираното обучение трябва да бъде осигурено от три основни източника:

- законодателни текстове;
- образователни и културни институции;
- терапевтични и образователни практики.

Интеграцията е въпрос на обсъждане в България през последните две десетилетия. Известно е, че децата с нарушения в психичното и физическото развитие се нуждаят от алтернативна програма за обучение и развитие. Това е дало основание в много страни, включително и в България, да се формира отделна, паралелна система за образование на тези деца, структурирана в т. нар. специални училища. Осигуряването на алтернативна програма в тези училища обаче маргинализира, етикетира, изолира тези деца от връстниците им, което променя тяхното функциониране. Тази изолация е най-силният аргумент по посока въвеждането на интегрирано и по-точно на включващо обучение. Веднага обаче възниква въпрос. Имаме ли ние, т. нар. здрави, право да вземем решението за интеграцията на тези деца? Това решение, както и в много други случаи, не може да бъде взето от самите деца. Искайки да ги приобщим към нас, не налагаме ли отново своето мнение, точно така, както сме го наложили по отношение на сепарираното обучение?

По данни на Съюза на Българските фондации и сдружения около 250 000 деца у нас са с нарушения във физическото и/или психичното развитие и като следствие от това – в неравностойно социално положение. Идеята за интеграция е принципно нова стратегия. Интегрираното и включващото обучение се възприемат като един от начините за преодоляването на социалната депривация при децата с нарушения в развитието.

Интегрираното обучение не трябва да се приема само като възможност тези деца да се обучават в т. нар. масови училища, а преди всичко като начин те да бъдат равностойни и активни участници в

своето собствено развитие. Много важна част от осъществяването на интегрираното обучение е промяната на обществените нагласи към индивидите с проблеми. В последните години много се спори по въпроса дали интегрираното обучение има неоспорими предимства и дали наистина дава възможност на децата да се развиват или това е поредното предизвикателство и търсене на равенство там, където то не може да съществува? Еднозначен отговор на този въпрос няма. Няма, защото интеграцията неминуемо е свързана с асимилация и необходимост от адаптация към нуждите и потребностите на другите. Освен това няма еднозначен и категоричен отговор на въпроса дали тези деца се чувстват по-добре извън групата на себеподобните и дали това не създава допълнителни проблеми за тях и семействата им.

Идеята за интеграция предполага кардинална промяна на стандартните идеи за обучение, изискваща преди всичко създаване на позитивна нагласа към тях и противопоставяне на съществуващата години наред сегрегация. Интеграцията е труден и неограничен във времето процес. Неговото начало е свързано с приемането и толерирането на различността, на разбирането, че патологичното е просто продължение на стандартното, форма на „нормалното“, че никой не е застрахован от появата му в собствения му живот, че не е срамно и обидно, ако такова нещо се случи, а срамното е когато си затваряш очите, когато не подкрепяш слабия, или още по-лошо, ако го подкрепяш демонстративно и извличаш дивиденди от тази подкрепа. За съжаление у нас интеграцията все още не е вътрешно убеждение, а е наложена отвън норма.

По данни на ЮНЕСКО от 1994 г. 70% от държавите в света са приели специални законодателни текстове за въвеждане на интегрирано обучение, но смеем да твърдим, че на малко места се осъществява пълноценна функционална и социална интеграция. Например, според финландските закони основното образование включва интеграцията като избор при образователните услуги за деца със специални педагогически потребности. На практика такива деца се обучават в отделни групи или класове в масовите училища, което всъщност е само локална интеграция. Подобна е ситуацията и в Швеция. В много страни интегрираното обучение се осъществява паралелно с обучението в специални училища.

Според изследвания, правени във Финландия (1998 г.), обществото има различна нагласа към отделните групи деца с нарушения

в развитието, което означава, че определени групи се възприемат по-добре от други. Според същото изследване съществуват и различия в нагласите на учителите от масовите училища и родителите. Тези различия са най-вече по отношение на въпроса, кое е по-доброто място за обучение на тези деца.

Успешната интеграция е възможна единствено и само ако е базирана на социалния модел, според който причините за затрудненията във функционирането са не толкова в биологичното качество, колкото в обкръжението и социалните фактори. Характерът на социалния модел предполага промяна на социалния статус на индивидите с нарушения, чрез подобряване на качеството им на живот. Този модел акцентира върху потребностите на личността и оптималното им задоволяване. Това е нова парадигма, предполагаща наличието на интерактивна система, достатъчно флексибилна и вариативна.

У нас успешно интегрирани са децата с речеви и езикови нарушения, зрително затруднените и слухово увредените. Интегрирането на деца с умствена изостаналост и психично болните е нов елемент от образователната политика навсякъде по света. Публикувани са данни за успешна интеграция на деца с Даун-синдром и с тежка степен на умствена изостаналост. В тези случаи обаче става въпрос за частична интеграция, която се интерпретира като една от формите за преодоляването на сегрегацията.

Един от основните въпроси е кого и как да интегрираме? Необходимо е въвеждане на интегрирано обучение, пропагандиращо, че всеки има право на по-добро качество на живот и че всеки има някаква област на психично и социално функциониране, която подлежи на развитие. Това предполага наистина скъсване с теорията за необучаемите деца, което пък предполага радикална промяна на програмите за обучение.

Интеграцията на децата с нарушения е опит те да се върнат в системата на общото образование от специалните училища.

**Включващото образование**, от своя страна, изразява идеята, че *индивидуалността на всеки ученик трябва да бъде приета и неговото образование да се организира по такъв начин, че да се удовлетворят специалните потребности на всяко дете.*

Смята се, че включващото образование предоставя възможност на учениците да усвояват учебния материал и да участват пълноценно в социални групи във и извън училищна среда. Включващото

образование активира ресурса, който стимулира равноправието на личността и създава възможности за участието ѝ в различни аспекти на живота.

Според Британската организация за включващо образование (2007 г.), то се основава на следните принципи:

- ценността на човека не зависи от неговите способности и постижения;
- всеки човек е способен да чувства и да мисли;
- всеки човек има право да общува и да бъде изслушван;
- всички хора се нуждаят един от друг;
- истинското образование може да се реализира само в контекста на реалните взаимоотношения;
- всички хора се нуждаят от подкрепа и контакти с връстниците си;
- за всички, които учат, постигането на прогрес се изразява по-скоро в това какво могат да правят, отколкото в това, което не могат.

Всички изследователи на процесите на интегрираното и включващото образование подчертават факта, че те не са идентични. Включващото образование е по-широко, всеобхватно и полезно за децата с нарушения. Според Stubbs (2002) най-трудно преодолимата преграда пред включващото образование е негативното отношение към него като процес. Негативното отношение, от своя страна, се основава на проблематизирането на ресурсите (потенциала, възможностите) на тези деца. Това отношение може да се преодолее когато обществото, институциите, учителите, специалистите и родителите се освободят от страховете си, предразсъдъците си, негативните стереотипи и социалните представи за един или друг вид нарушение.

## Глава втора

### ФУНКЦИОНАЛНА ОЦЕНКА НА ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ДЕЦАТА И УЧЕНИЦИТЕ

---

Функционалната оценка на потребностите включва оценяване на психичното и социалното функциониране на детето и ученика. Методиката е базирана на биопсихосоциалния подход за свързани с обучението проблеми. Съдържа два типа информация:

- история на индивидуалното развитие на детето или ученика;
- актуална статусна информация за детето или ученика.

Оценява се функционирането на детето или ученика съгласно количествени и качествени показатели, установени чрез различни процедури – тестове, анкети, интервюта и др. Извършва се оценка и на основата на различна документация по случая (включително на медицинска). Оценката се осъществява в следните области:

– *информация* – от учители, включително от специален педагог, от психолог, логопед и др., от родители, от институции, свързани с развитието на детето или ученика;

– *общо здравословно състояние и специфични здравни проблеми;*

– *психично функциониране* – оценка на интелектуалното функциониране и на когнитивния профил;

– *невропсихологичен статус* – оценка на висшите корови функции (гнозис, праксис и реч);

– *езиково функциониране* – оценка на езиковото разбиране, езиковата изява, писмената реч (четене и писане).

– *психосоциално функциониране* – оценяват се специфични подобласти – среда, икономическа ситуация в семейството, отношения в семейството, особености на семейната система, отношения с връстници, особености на поведението във формален и неформален кръг, интереси и постижения.

Методиката се основава на концепция и методология за оценяването на образователните потребности на децата на 5- и 6-годишна възраст и на учениците.

Диагностичният процес в детска възраст е изключително специфичен и комплициран. Малките деца се разсейват лесно и трудно се съсредоточават върху стимули. Понякога демонстрират избирателно

внимание, като се съсредоточават върху задачи, които не са цел на изследването, и се разсейват на задачи, които са във фокуса на диагностичния процес. Малкият обем на внимание в детска възраст ги пречатства да бъдат дълго концентрирани върху решаването на даден проблем (задача). Често могат да са просто срамежливи, стеснителни, необщителни в интеракцията с непознат възрастен и да не са способни да демонстрират потенциала си.

В клиничната практика е прието, че точна идентификация на съответна нозология и пълна диагноза могат да бъдат постигнати едва след известно проследяване, събиране и анализиране на нови данни за детето. Първоначалната диагностична процедура ориентира специалиста към работна/предварителна диагноза (понякога описателна), прогноза и методи на специализирано въздействие, прилагането на които предоставят допълнителна информация за когнитивното и езиковото развитие на детето. В този начален етап от диагностицирането участва и т. нар. диагностична интуиция, която съединява още непълната представа от наблюдаваната симптоматика с представата – модел на определено нарушение. Разбира се, това е диагностичен метод, който намира приложение с увеличаването на житейския и професионалния опит на специалиста.

Трябва да се има предвид, че нарушенията в развитието са възрастово обусловени, т. е. клиничната картина зависи от нивото на развитие, а не от нозологичната обусловеност.

## **I. Лични данни за детето**

Събират се лични данни за детето – трите имена, точна календарна възраст, ЕГН, отбелязват се образователната институция, която детето посещава, данни за училището, класа, адреса, телефона и данни за личния лекар. Предварително се взема информирано съгласие от родителите за изследване на детето.

## **II. Снемане на анамнеза**

Анамнестичните данни се събират чрез клинично интервю, което има за цел да се събере информация за поведението, атитюдите, емоциите и детайлната история на индивида. Това е етап от оценката, в който трябва да се определи кога са започнали специфичните про-

блеми, както и да се идентифицират събития, които са се случили по същото време – дистрес, травма, соматична болест и др., необходима информация за интерперсоналната и социална история на индивида, включително и семейното функциониране. Тази информация може да се получи чрез снемането на анамнеза.

Въпросите се отнасят до четири основни области:

- анамнеза на актуалното състояние;
- анамнеза на преморбидната личност;
- фамилна анамнеза;
- социална анамнеза.

Анамнезата на *актуалното състояние* цели да се получи информация относно функционирането на детето през последните шест месеца от живота му. Въпросите са насочени към изясняване на това, кое от функционирането на детето не отговаря на очакваните за възрастта постижения.

Анамнезата на *преморбидната личност* предполага събиране на сведения, относно физическото, психичното и социалното развитие на детето преди настъпване на нарушението. *Физическото развитие* проследява данни за – протичането на бременността на майката и раждането; минали заболявания и травми на детето, които могат да се отразят на развитието; развитие на локомоцията, на каква възраст е седнало, проходило. *За психичното развитие* на детето се съди по данните за реакциите и състоянията по време на довербалния период – умение да следи предмети, да посяга, да хваща и да играе с играчки, да контролира тазово-резервоарните функции; и ранна езикова онтогенеза – появата на гукане, лепет (бъблене), проговаряне, първи думи, първи изречения. При събирането на данни за психичното развитие е особено важно да се установи имало ли е депривация и фрустрация в ранното детство, тежки психотравми, които са оказали влияние върху психичното развитие. В такива случаи е задължителна допълнителна консултация с клиничен психолог, за да се установи водещата причина за състоянието. *Социалното езиково развитие* разчита данни за езиковата среда на детето – дали е достатъчно стимулираща за развитие на комуникация, говор и език, има ли влияние на териториални диалектни форми.

При *фамилната анамнеза* диагностикът се стреми да събере информация относно функционирането на родителите и близките на детето. С особена стойност са наличието на нарушения у близките,

сходни с проявените у детето, в приблизително същия възрастов период. Включва данни за психични и соматични заболявания на родителите, семейството и фамилията; наличие на близки родственици със сходни нарушения; фактори, свързани с възпитанието и семейното функциониране.

*Социалната анамнеза* разчита на данни от близки, родители, връстници и се отнася до социалните умения и интеракции на детето, до възможностите му за пълноценна комуникация с връстници и възрастни от формалния и неформалния кръг. Събират се данни за отношенията на детето с родители, сиблинги, връстници, други възрастни; наличието на травмиращи ситуации в семейството и социалната среда (детска градина, училище) и реакциите на детето към тях. Тук също е възможно анамнезата да установи необходимост от консултация с клиничен психолог.

### **III. Оценка на интелектуалното функциониране**

Интелектът е фундаментално свойство на личността и съдържателно обхваща няколко нива. Интелектът се свързва с възможността за придобиване на знания, тяхната селекция и съхраняване. Интелигентността се свързва с възможността за решаване на задачи, с откриване и анализиране на връзките между предметите и явленията, с възможността за трансформиране на опита за постигането на определени цели.

Идеите на Wechsler за същността на интелекта се базират на идеята за общия фактор и са допълнени с нови елементи относно структурата и детерминацията на познавателната дейност. Той не приема понятието умствена възраст, като според него интелектът е обобщена глобална способност на индивида за целесъобразно поведение, рационално мислене и ефективно взаимодействие със средата. С други думи, интелектът е личностно обусловен. Функционалната страна на интелекта зависи от съдържанието на дейността и от формата на неговото проявление – вербална или невербална.

*Вербалният интелект* се развива на базата на и чрез езиковото овладяване и логическото мислене. Вербалната интелигентност не би могла да се реализира без определен обем от знания.

*Невербалният интелект* се развива на базата на и чрез гнозисно-праксисните функции и конкретно-образното мислене. Невер-



балният интелект се демонстрира като адаптивност, приспособимост, умения за използване на ресурса на средата и ресурса на другите за собствени цели.

Традиционно в психологията интелектуалното функциониране се оценява чрез вербални и невербални IQ тестове. Имайки предвид системния характер на нарушенията в развитието и двата вида тестове имат своите ограничения в тази област. Ограниченията на вербалните IQ тестове са свързани с повече или по-малко изразените комуникативни проблеми в детска възраст. Това означава, че при вербални IQ тестове се изследва интелектуалното функциониране чрез нарушена/увредена функция, което би могло да изкриви резултата. При невербалните IQ тестове традиционно се твърди, че са освободени от езикови и културни влияния. В същото време обаче инструкцията за изпълнение на тези тестове се дава по вербален път. Това означава, че за да бъде достоверна оценката на интелектуалното функциониране трябва да имаме нормативно езиково разбиране. При невербалните IQ тестове стимулният материал е свързан с нормативно ниво на пространствената и ляво-дясно ориентацията, зрително моторната координация и праксисните умения. При оценка на интелектуалното функциониране с невербални IQ тестове изследваният трябва да сравни получените резултати с резултатите от оценката на хемисферната доминантност.

В България е прието да се използват два основни теста за оценка на интелигентността: 1) *Цветни прогресивни матрици на Рейвън*; 2) *Скала за интелигентност на Уекслър за деца* (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC). Работата със *Скалата за интелигентност на Уекслър за деца* изисква специално сертифицирано обучение, което у нас се предлага от OS Bulgaria.

## IV. Оценка на когнитивното развитие

### 1. Пространствени ориентации

Пространствените ориентации и времевите представи са надмодални висши корови функции и са основни модули на битието.

Придобиването на знания за **пространството** са свързани с *детския егоцентризъм*. Детето се ориентира на базата на свойства, като – близост, подреденост, непрекъснатост. След 7-годишна възраст в

представите за пространство се включват проекционните отношения. Децата срещат значителни трудности, когато трябва да си представят предметите от различни гледни точки, тъй като пространствената локализация се извършва спрямо собственото тяло. Ето защо ляво-дясната ориентация на собственото тяло е важна за развитието на пространствени умения.

*Обективната репрезентация* е отношението между явленията, като оценката се извършва чрез произволно избран обект.

*Алоцентричната репрезентация* е свързана с оценка на явленията и техните отношения спрямо абстрактна система – карта, чертеж и т. н.

## **2. Времеви представи**

Времевите представи включват знания за:

- преживяно време;
- логическо време;
- конвенционално време.

*Преживяното време* отразява субективните преживявания на последователността и продължителността на събитията. Тези знания подпомагат изграждането на концепциите за логическо и конвенционално време.

*Логическото време* е свързано с континуалното разбиране за: 1) кога започва и кога завършва дадено събитие; 2) еднопосочност на събитието – от минало, през настояще, към бъдеще.

*Конвенционалното време* е свързано с мерните единици и времевия континуум – година, месец, ден, час, минута.

Придобиването на знания за различните видове време е възрастово обусловено, като последно в онтогенезата се развива разбирането за конвенционално време. Знанията за времето не се придобиват имплицитно, свързани са с „нарочно“, експлицитно научаване и обучение, което ги определя като социален феномен.

### ***Ляво-дясно ориентация***

Оценката включва изследване на ляво-дясно ориентация на собствената схема на тялото на изследваното дете и на схемата на тялото на изследвания. Изисква се посочване на лява ръка, десен крак и други части на тялото. Получените резултати се отбелязват в протокола за оценка.

### **Проба на Хед**

От изследваното дете се изисква да посочи „с дясна ръка ляво ухо“ и обратно. Пробата се провежда по инструкция. В случай че детето не се справи – по подражание. Получените резултати се отбелязват в протокола за оценка.

### **Ориентация по часовник**

Ориентацията по часовник дава информация не само за пространствената ориентация, но и за надмодалния времеви гнозис. От детето се изисква, на предоставен циферблат, да постави стрелки, обозначаващи кръгъл час и час и минути. Оценява се ориентацията по часовник – до час и минути. Получените резултати се отбелязват в протокола за оценка.

### **3. Пръстов гнозис**

Пръстовият гнозис като всяка гнозисна функция е социален по своя произход, т. е. зависи от обучението. От детето се изисква да посочи съответния пръст след назоваване от страна на изследвания. Втората част оценява възможността за назоваване на пръстите на ръцете след посочване. Получените резултати се отбелязват в протокола за оценка. Резултатите от тази проба могат да насочат към обсъждане за наличието на *Герстманов синдром*, който освен пръстова агнозия включва акалкулия, ляво-дясно дезориентация и „пространствена дислексия“ (огледално писане).

### **4. Разпознаване и номинация на основните цветове**

Разпознаването и назоваването на основните цветове е възрастово обусловено. До края на предучилищната възраст децата в статистическа норма разпознават и назовават всички цветове – основни и допълнителни. Цветовият гнозис също е социално обусловена функция и зависи от обучението. При оценката се вземат предвид данните, получени от социалната и фамилната анамнеза. Оценката се основава на данни за съхранен зрителен анализатор и нормативно физиологично цветовъзприемане.

### **5. Разпознаване и номинация на геометрични фигури**

Разпознаването и назоваването на основните геометрични фигури (форми) е възрастово обусловено и зависи от обучението. До края

на предучилищната възраст децата в статистическа норма разпознават и назовават основните геометрични фигури. От детето се изисква да посочи съответната фигура след назоваване от изследващия, както и да номинира след посочване. Получените резултати се отбелязват в протокола за оценка.

### **6. Оценка на параметрите на вниманието: Коректурна проба**

Вниманието е базисен когнитивен процес, обслужващ интегрирането на ситуацията в смислено и действено преживяване. Вниманието съпровожда и абстрактните познавателни процеси мислене и въображение, то сигнализира за важността и присъствието на обекти. Вниманието служи като филтър и се включва още в началото на перцептивната преработка на информацията, т. е. когато един стимул е във фокуса на вниманието той е подложен на преработка.

Качествата на вниманието имат голямо значение както за непосредствения успех в учебната работа, за изграждане на стила на умствения и физическия труд, така и за формиране на личността на ученика.

#### ***Обхват на вниманието***

Това е способността да се възприемат едновременно  $n$ -брой дразнителни и да се докладват. Обхватът се изследва със задачи, които измерват способността на индивида да преработва различна по обем информация. Това се постига чрез манипулиране на количеството и сложността на информацията, която трябва да се обработи за единица време преди даване на отговор. Този тип задачи натоварват краткосрочната памет и като мост свързват вниманието и паметта. Чрез използването на различни вербални и невербални пространствени стимули могат да се правят заключения за местоположението на мозъчните увреждания, поради тяхната чувствителност към специфичните за определени локализации когнитивни дефицити.

#### ***Превключваемост на вниманието***

Превключваемостта на вниманието изразява способността на личността, последователно да пренасочва вниманието от един обект към друг или от една дейност към друга, като при това се съхранява ефективността на изпълняваната дейност.

Превключваемостта на вниманието зависи от дейностите и от съотношението между възбудните и задръжните процеси по отноше-

ние на тяхната сила, подвижност и равновесие. Едни операции и дейности изискват бързо преминаване от един към друг предмет, други дейности изискват също бързо превключване, но продължително задържане на операцията. Ритъмът в изпълнението на повечето от дейностите налага различни съотношения и пропорции в превключваемостта на вниманието и в съотношението му с устойчивостта.

### ***Устойчивост на вниманието***

Това е едно от основните качества, от които зависи успехът при обучението и при всяка друга дейност. Устойчивостта е такова качество на вниманието, което се характеризира със степен на съсредоточеност върху даден обект или дейност. За изследване на устойчивостта на вниманието се използват различни специално разработени тестове, наречени коректурни проби. Такива тестове установяват способността за продължителна и съсредоточена работа. Устойчивостта се изследва със задачи, които имат малко на брой стимули, но изискват концентрация на вниманието. Задачите трябва да бъдат относително лесни за изпълнение, трудността идва от тяхното повтаряне, което снижава бдителността, като същевременно се изисква те да бъдат изпълнявани продължително време. Устойчивостта на вниманието зависи и от особеностите на предмета, върху който искаме да привлечем вниманието, както и от това в каква дейност е включен ученикът/детето.

### ***Концентрация на вниманието***

Това е съсредоточеност и висока будност на преживяването върху част от ситуационното поле. Концентрацията на вниманието представлява ясното открояване на обекта и насочване на вниманието към него с едновременно отвличане от всичко друго. Концентрираното (съсредоточено) внимание създава и запълва фокуса на вниманието и се мести в ситуационното поле. Концентрацията е противоположно свойство на превключването на вниманието. Тя е необходимо условие за всички следващи свойства на вниманието и е техен компонент. Основен показател за това качество на вниманието са качеството и продуктивността на изпълняваната дейност.

### ***Разпределеност на вниманието***

Това е най-висшето равнище на вниманието и изисква наличието на предшестващите. Разпределянето е адекватното преместване и

задържане (закрепване) на вниманието върху въздействащите обекти, адекватното по време, размер и качество (своевременност, съразмерност, съответност) разпределяне на концентрацията, устойчивостта и превключването върху обектите от обхвата с оглед крайната цел – приспособителният отговор. Това свойство предполага „разделяне“ на вниманието на няколко фокуса в даден момент. Разглежда се още като възможността да се разпредели наличният обем или капацитет върху няколко различни когнитивни операции, необходими при изпълнение на съответната задача, зависеща от скоростта, с която възниква контролираното преработване. Това създава понякога илюзията за едновременно извършване на различни операции. Но това според някои психолози е действително невъзможно и по-скоро е разпределеност в един прагматичен смисъл – разпределеност на вниманието в процеса на една или друга дейност, в основата на която стоят други механизми, лека и бърза преносимост на вниманието, предварителна автоматизация на определени действия, изпълнението на които не изисква пълна концентрация, а само известен контрол, предполагащ гъвкавост и бързина.

Избраната методика на *Пиерон и Рутер* е предназначена за изследване устойчивостта на вниманието. На детето се предлага лист с изображение на сто геометрични фигури, като в първите 4 има определени знаци.

От детето се изисква да нанесе същите знаци в останалите празни фигури, като му се дава следната инструкция: *„Погледни нанесените в първите четири фигури знаци. Постарай се колкото можеш бързо и точно да ги изпишеш в останалите празни фигури, като започнеш от ляво на дясно подред.“*

Експериментаторът включва хронометър за отчитане на времето, използвано от детето за изпълнение на пробата. След приключване на експеримента се отчитат в дясно срещу всеки ред броят на грешките и броят на пропуснатите фигури. Пропуснатата фигура е тази, в която не е поставен знак. Показател за устойчивост на вниманието при тази проба е броят на вярно попълнените фигури по дадения образец.

### ***Измерване на устойчивостта на вниманието***

Работи се с два параметъра:

- 1) Брой правилно задраскани фигури, по даден образец.
- 2) Време, с което изследваното лице се справя със задачата.

Устойчивостта на вниманието се определя чрез следния коефициент:

**Устойчивост = Н/М**

**Н** – правилно задраскани фигури

**М** – реално време (в секунди)

### **7. Оценка на паметта: Тест на Лурия „Десет думи“**

Паметта е базисен когнитивен процес, който дава възможност на детето да организира опита си. Характеристиките на паметта дават основание да се смята, че по отношение на другите психични процеси тя има фундаментална стойност. Фундаменталният ѝ характер се потвърждава и от мястото на паметта в системата на другите психични процеси. Следователно, тя има базисно средищно място в познавателната система.

При малките деца липсват достатъчно добре развити стратегии за организиране на опита, които се придобиват със съзряването. Децата не притежават способности за рефлексия върху собствените си паметови способности, което ограничава регулацията на паметта. За да придобият такива умения децата използват няколко вида стратегии, които са възрастово обусловени:

1. *Търсене на обект* – тази стратегия е налице още при деца на 2-годишна възраст, които се опитват зрително да фиксират мястото на обекта или да покажат с невербален жест мястото му. При деца на възраст между 7 и 8 години тази стратегия се реализира чрез поставяне на маркер на мястото на обекта.

2. *Повторение* – за да използват тази стратегия малките деца се нуждаят от подкрепа на възрастните, макар че е възможно повторението да се използва и спонтанно. Използването на повторението се променя с възрастта в посока не само на количеството, но и на качеството му.

3. *Организиране* – тази стратегия предполага подреждане на обектите в определени групи. Развитието на способността за групиране се основава на възможността за извеждане на определени категории спрямо целите на възпроизвеждане. При деца между 4- и 5-годишна възраст групирането се използва като метод за възпроизвеждане и запаметяване, без да е налице способност за пренос на тази стратегия в други сходни ситуации.

4. *Осмисляне* – стратегия, основаваща се на способността за разделяне (разчленяване) на смисловите единици и откриване на връзките между тях.

Запомнянето при децата е в непосредствена връзка с дейността, като децата запомнят най-добре тези стимули, които са включени в нея. Паметовите процеси са пряко свързани и с *мотивите*. В условията на игрова мотивация продуктивността на запомнянето е най-висока. Ефективността на запомняне е по-висока при наличието на вербални езикови обозначения на изображенията.

Ето защо, включената методика за оценка на паметта е една от най-често използваните в практиката. Предложена е от Александър Романович Лурия. Може да се използва за оценка на непосредственото слухово запаметяване при здрави и болни деца. При провеждане на експеримента са необходими подходящи условия: спокойна обстановка без прекъсване на експеримента, тишина и набор от 10 думи (едносрични или двусрични), които нямат логическа връзка помежду си. Инструкцията, която експериментаторът използва, се състои от няколко етапа: Първо обяснение: *„Сега ще ти прочета 10 думи. Слушай внимателно! Когато свърши с четенето веднага повтори думите, които си запомнил(а). Последователността им няма значение. Разбра ли?“* След повторението експериментаторът поставя кръстчето под възпроизведените думи в протокола.

Инструкцията продължава с второ обяснение: *„Сега аз отново ще ти прочета същите думи и ти след това пак трябва да ги повториш. И тези, които ми каза първия път и тези, които пропусна – всичките заедно в какъвто искаш ред.“* Експериментаторът отново поставя кръстчето под всяка повторена от детето дума. Изисква се: *„Още веднъж!“* и следват нови повторения на набора думи, но без каквато и да е инструкция. Ако изследваното дете казва думи, несъществуващи в набора, експериментаторът ги записва като отбелязва в кое по ред възпроизвеждане са казани тези думи. В случай че детето повтаря неколkokратно една и съща дума от набора в протокола до кръстчето се поставят толкова точки, колкото пъти изследваният е повторил тази дума. След петкратно повторение на набора от десет думи експериментът се прекратява. При желание да оценим дългосрочната вербална памет можем след 50 – 60 минути да поискаме от детето отново да възпроизведе думите без напомнянето им. Получените от изследването резултати се нанасят на графика, отразяваща



динамиката на запаметяването, като по вертикалната линия се на-  
нася броят на възпроизведените думи, а по хоризонталната линия –  
броят на повторенията.

### **Норми:**

1. Ако изследваният заучи десетте думи максимум след пет пов-  
торения се счита, че непосредствената слухова памет е в границите  
на нормата.

2. По формата на кривата могат да се правят изводи относно осо-  
беностите на запаметяване:

– когато линията на кривата е възходяща (5, 7, 10 или 6, 9, 10) се  
счита, че запаметяването е нормално;

– ако кривата на възпроизвеждане е начупена (4, 7, 3 или 4, 9, 7, 3)  
това показва слаби възможности на запаметяването;

– ако в хода на експеримента в няколко поредни възпроизвежда-  
ния на набора от думи изследваният казва равен брой (4, 7, 7, 7, 2) се  
образуват плата, които би могло да се свържат с органични заболява-  
ния на мозъка, а в някои случаи и при болни с шизофрения в период  
на интензивна медикаментозна терапия. Такъв тип крива може да се  
наблюдава и в случаи на емоционална вялост, незаинтересованост на  
лицето за крайния резултат;

– наличието на думи, липсващи в набора, както и повтарянето  
многократно на едни и същи думи, се обяснява с дефицит на внима-  
нието и инертност на мисленето, които са характерни за деца и въз-  
растни със задръжка или отклонения в умственото развитие.

Предложената методика „Заучаване на десет думи“ може да се  
модифицира. Провеждането на експеримента, обработката на полу-  
чените резултати и нормите са същите, като слуховото запаметяване  
се заменя със зрително възприемане на контурни изображения на де-  
сет различни неща.

### **8. Оценка на мисловните процеси: „Четвърто излишно“**

Тестът проучва способността на децата, свързана с откриване и  
отделяне на общото в предметите, което ги обединява по определен  
признак, и на тази основа отхвърляне на неподходящия предмет. Ус-  
пешността на този процес зависи от уменията им за анализ, синтез,  
абстрахиране и класификация. Изследваният подава стимулите на  
детето с инструкцията: „Разгледай добре рисунките. На всеки ред има по

една излишна, неподходяща рисунка (предмет). Кой е той?“ Тестът се провежда индивидуално за всяко изследвано лице. Оценява се броят на вярно решените спрямо общия брой на верните отговори в теста:

$$K = \frac{\text{брой вярно решени}}{\text{общ брой на верните отговори в текста}}$$

### **9. Разпознаване и посочване на качествени антонимни значения**

Изследователските проби проучват когнитивната компетентност на детето да сравнява изображения на предмети, отчитайки тяхната големина, размер и тежест, в категориите: *малък – голям, нисък – висок, тежък – лек*. Тези умения се основават на интегрирането на когнитивния и езиковия опит на детето; възможността му за вербализация на зрително възприет стимул; способността му за сравнение на обекти по диференциален признак; разбиране на прилагателни имена и антонимни значения/семантични противопоставяния. При деца с когнитивни дефицити и езикови нарушения, речникът се характеризира с практическа употреба и разбиране предимно на съществителни имена и глаголи, за сметка на неразбиране, неупотреба или редуцирана употреба на прилагателни. Развитието на тази категория думи в детския речник е зависимо от общото когнитивно функциониране и мисловните процеси.

### **10. Рисунка на човешка фигура**

Задача: *От детето се изисква да нарисува човек. Детската рисунка може да се оцени и да се получи умствената му възраст.*

Необходими материали: *хартия и молив.*

Метод: *На детето се дават материали и експериментаторът го насочва да нарисува възможно най-хубав човек.*

Инструкция: *„Искам от теб да нарисуваш човек. Направи най-хубавата рисунка, която можеш. Нарисувай голям човек, направи го така, че да запълни листа. Рисувай внимателно!“*

Точкуване: *Умствената възраст се получава чрез точкуване качествата на рисунката (не по художествената ѝ стойност).*

По-долу е даден списък на точки, в съответствие на норми за умствената възраст. За всяко постижение в рисунката (детайл от тялото на нарисувания човек), детето получава по 1 точка. Сумираните точки определят умствената възраст на детето.

### **Получени точки:**

На детето се дава по една единица за всеки признак:

1. Има ли глава нарисуваната фигура.
2. Има ли крака.
3. Има ли ръце.
4. Има ли тяло.
5. По-голяма дължина, отколкото ширината на тялото, но отбелязано не само с една линия.
6. Виждат ли се рамена (*не само като обикновен триъгълник или елипса*).
7. Ръцете и краката свързани ли са с тялото.
8. При свързани с тялото крака, ръце, свързани ли са с тялото точно на съответното им място. (*При рисунка в профил – не към гърба, шията или много ниско*).
9. Има ли шия.
10. Очертанията на шията явяват ли се продължение на главата, на тялото или и на двете.
11. Има ли очи (*едно или две*).
12. Има ли нос.
13. Има ли уста.
14. Двуйзмерни нос и уста: две устни, не само права линия, точица, кръгче или квадратче; триъгълник може. (*В профил има релеф на устни или непрекъсната линия*).
15. Показани ли са ноздри.
16. Вижда ли се коса.
17. Има ли коса извън очертанията на главата и непрозрачна, представена по-добре, отколкото с драскулка.
18. Има ли дрехи (*да се броят копчета*).
19. Наличие на повече от два непрозрачни артикула на облеклото (*освен копчетата*).
20. Очертани ръкави и панталони при пълна непрозрачност на цялата рисунка.
21. Ясно показани четири или повече артикули на облекло (*напр. шапка, кепе, риза, яка, връзка, колан, тиранти, панталони, обувки*).
22. Цялостно представен костюм с всички обичайни съществени елементи без отклонения от общоприетото (*точкувайте взискателно*).
23. Показани ли са пръсти – някакво означаване. И двете китки, но ако е само една ръка, тогава е достатъчна една китка.

24. Какъвто трябва ли е броят на пръстите.
25. Опозиция (*ясно открояване на палеца*).
26. Очертани пръсти в две измерения при дължина по-голяма от дължината и абсолютен ъгъл не по-голям от 180 градуса.
27. Разграничена ли е китката от пръстите и/или от частта на ръката над китката.
28. Очертана ли е става на ръката – било лакетна, раменна или и двете. Трябва да е оказана отчетлива извивка.
29. Очертана ли е става на крака – било колянна, бедрена или и двете. Трябва да е показана отчетлива извивка.
30. Пропорционална ли е главата по отношение на тялото. (*1/2 до 1/10 от телесната площ*).
31. Пропорционални ли са ръцете (*равни по дължина на тялото или по-дълги, но не до колянното*).
32. Пропорционални ли са краката (*една до две дължини на тялото, не по-големи*).
33. Стъпалата в пропорция 1/3 до 1/10 от дължината на крака, в две измерения, не бухалковидни с дължина по-голяма от височината.
34. Очертани ли са ръцете и краката в две измерения.
35. Вижда ли се пета.
36. Очертани ли са плътно и срещат ли се логично всички линии.
37. Всички линии – съвсем стабилни и много точно свързани една с друга.
38. Очертание на главата – без неправилности, по-добро от примитивен кръг или елипса. Точкувайте строго.
39. Очертание на тялото – без неправилности, по-добро от примитивен кръг или елипса. Точкувайте строго.
40. Ръце и крака, без неправилности, да не са стеснени при тялото.
41. Лице. Пълна симетрия и двуизмерност. В профил – око най-малко на 2/3 разстояние от задната част на главата по посока към носа; нос и уста в пропорция с останалите части на главата.
42. Има ли уши.
43. В правилна пропорция и положение ли са ушите (*не кръгообразни при подробно очертаване в профил*).
44. Очен детайл: показана ли е вежда или мигли.
45. Вижда ли се зеница.
46. Удължени очни цепки (*В профил – показан ли е кръглият сектор на окото*).

47. Насочен поглед напред или профилни рисунки на окото.

48. Показани ли са брадата и челната част на лицето, т. е. разграничени от горната устна.

49. Профил с не повече от една грешка (като например телесна прозрачност, крака не в профил, ръце прикрепени към гърба и др.)

50. Правилен профил.

В Таблица 1 са представени нормите за определяне на умствената възраст в зависимост от получените точки от оценката.

Таблица 1. Норми за определяне на умствена възраст

Точки	2	6	10	12	14	18	22	26	30	34	38	42
Умствена възраст	3	4	5	5; 6	6	7	8	9	10	11	12	13

Качественият анализ на рисунката на човек предполага и оценка на изражението на лицето, позата и ракурса на тялото. Рисунок на човек в гръб или в профил говори за негативизъм, конфликтност или юношеска криза. Бягаща фигура или заета с някакъв вид дейност говори за висока активност или творческа насоченост на личността. Седяща или легнала фигура е белег за пасивност, понякога астения. Фигура, нарисувана като извънземно или робот, е белег за самотност, понижена конформност и интровертност. Рисунок на антисоциален персонаж (крадец, пияница, отрицателен приказен герой и т. н.) е свързана с негативизъм, асоциалност и негативно самозаявяване. Рисунок на персонаж с униформа (военен, полицаи и т.н.) изразява тенденция към агресивност. Рисунок на шут/клоун демонстрира понижена самооценка. Много висока (разтегната, дълга) фигура говори за интровертност. Особено дебела/пълна фигура (след 7 г.) е признак за неприемане на собственото тяло. Уродливата фигура изразява негативизъм, остър стрес, импулсивност и антисоциалност.

## 11. Рисунок на дърво

Задача: *От детето се изисква да нарисова дърво.*

Необходими материали: *Хартия и молив.*

Метод: *На детето се дават материали и експериментаторът го насочва да нарисова дърво.*

Инструкция: *„Искам от теб да нарисуваш дърво. Рисуй внимателно!“*

Рисунката на дърво е един от проективните рисувателни тестове. Приема се, че рисунката на дърво е базов автопортрет на детето. От рисунката може да се получи информация и за психичните състояния, мускулния тонус и графомоторните умения на изследваното лице.

Слабият натиск върху листа издава елементи на пасивност, астения, което се отчита след 4-годишна възраст. Силният натиск – обратно, говори за импулсивност, напрегнатост. Свърхсилният натиск е признак на конфликтност, хиперактивност с елементи на агресия и възбудно състояние. Когато натискът варира, съществуват елементи на емоционална лабилност и неустойчивост, което също може да се регистрира след 4-годишна възраст.

По разположението на дървото върху листа хартията може да се съди за самооценката на детето: 1) при разположено в горната половина на листа дърво се обсъжда повишена самооценка и стремеж към високи постижения; 2) разположените в долната част на листа рисунки дават информация за понижена самооценка, особено, когато дървото е разположено в някой от долните ъгли на листа. За висока импулсивност и тревожност може да се съди в случаите, в които дървото излиза от рамките на листа.

Наличието на многобройни линии, доуточняващи формата на дървото, както и извършването на автокорекции на рисунката (напр., ползване на гума) са елементи на неувереност и необходимост от супервизия.

### **Качествен анализ:**

1. **Екзотични** видове – палма, евкалипт и др. – демонстративност.
2. **Изсъхнало** дърво – пречупено, отсечено, без листа – понижено настроение, депресия.
3. С преобладаващи **корени** – ориентация към миналото, потребност от опора и привързаност, значимост на семейните връзки.
4. Корени без изобразяване на земята или **висящи** над земята – липса на родна земя (напр., при бежанци).
5. Дърво **без корени**, което виси във въздуха – слаба битова ориентация, **недостатъчна социална адаптация, слаба привързаност към дома и семейството.**
6. Преобладаващ **ствол** – живот на принципа „тук и сега“, обсебеност от днешните проблеми.

7. Подробно изобразяване на **кората**, зашрихован ствол – страх от агресия, нужда от защита, понякога соматични (по-често психосоматични) заболявания, хипохондрия.

8. **Хралупа** – преживяна в миналото психотравма.

9. Подчертана хралупа – соматични, често психосоматични заболявания.

10. **Птица** в хралупата или катерица – нужда от защита и уют.

11. Клони, **разклонени** встрани – екстраверсия.

12. Затворена с крива **линия** корона – прикритост.

13. **Подробно** структурирани клони – подреденост на общуването, склонност към детайлно планиране на действията.

14. **Неструктурирани** клони – случайни контакти, импулсивност, липса на планиране на дейността.

15. Клони с **остри** краища – агресивност.

16. Клони, насочени **нагоре** – активност.

17. Клони, насочени **надолу** (както при плачеща върба) – астеничност, депресия или субдепресия.

18. **Окастрени** или пречупени – депресия, психотравма.

19. **Отсъствие** на корона – липса на представи за собственото бъдеще и осъзнаване на личните перспективи.

20. **Тясна** корона – интроверсия.

21. Голяма, **подробно** нарисувана корона – добре развито планиране.

22. Голяма, **недетайлизирана** корона – мечтателност, защитно фантазиране.

## 12. Конструктивни умения

Конструктивните умения, или т. нар. конструктивен праксис, е висша корова функция, която е *социална* по произход, *опосредствана* по строеж и *волева* по начин на функциониране. Придобиването на конструктивни умения е възрастово обусловено и се базира на развитието на фината моторика, зрителната перцепция, зрително-моторната координация, както и на когнитивния опит на децата, свързан с дейността и взаимодействието обект – субект. В такъв смисъл, конструктивните умения са висша когнитивна функция, придобита в резултат от биопсихосоциалното развитие на детето. Те се основават на уменията за идентификация, сравнение, пространствена ориентация и умения за пренос на модел.

Изследователските проби включват: 1) подреждане на фигури от клечки (*стълба, борче, къща*); 2) сглобяване на разрязни фигури/пъзел.

При **първата проба** на детето се предоставят клечки и от него се изисква да конструира различните фигури – по инструкция; по подражание. Двата варианта на задачата предполагат различни умения.

При първия вариант – *по инструкция*, правилното изпълнение се базира на доброто езиково разбиране на инструкцията, на уменията инструкцията да служи като основание за действие, на паметовите следи за визуално възприетите реални предмети.

При втория вариант – *по подражание*, изисква добро ниво на развитие на зрително-перцептивните умения, добри имитативни способности и умения за пренос на модел.

Първи вариант – инструкция: *„Тук имаш няколко клечки. Подреди ги така, че да мога да позная, че това е стълба... (съответно борче, къща).“*

Втори вариант – инструкция: *„Тук имам няколко клечки. Ще направя с тях няколко фигури. Искам от теб със същите клечки да направиш фигурите, които виждаш.“*

При оценката на тази част от задачата се отчита:

– реалистичност на конструираната фигура, т. е. възможността тя да бъде идентифицирана;

– пространственото разположение на елементите на фигурата;

– ориентацията на фигурата в пространството;

– свързаността на елементите на фигурата;

– съотношението по големина на отделните елементи на фигурите.

При **втората проба** – сглобяване на разрязани фигури, на детето се предоставят елементи на дървени фигури (тип пъзел) до 5 елемента. От него се изисква да конструира фигури – по инструкция; по подражание. При двата варианта на задачата основанията за справяне са същите, както при първата проба (подреждане на фигури от клечки).

Първи вариант – инструкция: *„Пред теб има няколко дървени елемента. Разгледай ги внимателно и се опитай да ги сглобиш така, че да се получи някаква фигура.“*

Втори вариант – инструкция: *„Пред теб има една фигура, която се състои от отделни елементи. Разгледай я внимателно. Сега ще я разглобим. Опитай се да направиш същата фигура.“*

Тази задача носи информация и за стратегиите за справяне:

– стратегия *проба – грешка*;



– стратегия, основана на мисловните операции – *анализ и синтез*.

## **V. Оценка на езиковото разбиране**

### **1. Оценка на комуникативните умения в училищна възраст – езиково разбиране, езикова изява, говор, артикулация, писмена реч**

Диагностичните процедури в областта на комуникативните нарушения изхождат от закономерностите на детското развитие и структурата на говорното и езиковото поведение в норма и патология. Диагностичната задача е свързана с набелязването на терапевтични стратегии и конкретни интервенции, съответни на поставената диагноза. Това от своя страна е свързано с формулиране и откриване на диференциално-диагностични критерии, от една страна, и контрол върху ефективността на прилаганата интервенция, от друга. Данните от диагностичното изследване позволяват на специалиста: 1) да постави нозологична диагноза; 2) да даде сведения за прогнозата на нарушението; 3) да определи насоките за интервенция.

В клиничната практика е прието, че точна идентификация на съответна нозология и пълна диагноза могат да бъдат постигнати едва след известно проследяване, събиране и анализиране на нови данни за детето. Първоначалната диагностична процедура ориентира специалиста към работна, предварителна диагноза (понякога описателна), прогноза и методи на специализирано въздействие, прилагането на които предоставя допълнителна информация за когнитивното и говорно-езиковото развитие на детето.

Предложените принципи и методи за диагностика на нарушенията в комуникацията изхождат от клинично доказани процедури в традициите на българската клинична практика и от личния професионален опит на авторите (Матанова В., 1998, 2001, 2003, 2008; Тодорова Е., 2005, 2007, 2009, 2012).

Основните етапи от диагностичния процес включват – оценка на езиковото разбиране; оценка на езиковата и говорната изява в устната реч; оценка на езиковата изява в писмената реч.

Първият етап от оценката е свързан с изследването на езиковото разбиране. Пробите включват стимули, които проучват лингвистичната компетентност на децата по отношение на:

- 1) фонологичните езикови умения и фонологичната им осведоменост;
- 2) разбиране на многозначността на думите;
- 3) разбиране на предлози;
- 4) разбиране на предложни отношения;
- 5) разбиране на прости вербални инструкции;
- 6) разбиране на сложни линейни инструкции;
- 7) разбиране на поговорки и метафори;
- 8) разбиране на слухово възприет текст.

При изпълнението на тези задачи **не** се изисква от децата да повтарят лингвистичните стимули. Всички проби изследват единствено езиковото разбиране, като в случая оценката на езиковата или говорната изява на децата е недопустима. Вербалните стимули се подават от изследващия, а от изследваното лице се изисква да отговаря на съответните въпроси, свързани с тях.

Целта на тази част от оценката е да провери езиковата компетентност, нивото на езиково разбиране и способността на детето да оперира с лингвистичните символи – метафонологично и семантично.

## **2. Изследване на фонологичните езикови умения и фонологичната осведоменост**

*Фонологията* е онази част от езиковата система, която определя функционирането на говорните звукове в речта. Фонологията е наука, която изследва формата, структурата на звуковия строеж на езика, т. е. говорния звук и суперсегментните явления на речта от гледище на тяхната лингвистична функция в процеса на говорната комуникация (Тилков Д., Т. Бояджиев, 1990).

*Фонемата* е най-малката фонетична единица в езика, „звук за различаване и изграждане на смисловите езикови единици – думи, морфемите“ (Енциклопедия „България А – Я“, 1974). Фонемата се определя въз основа на функционалната си стойност – лингвистична функция, която говорният звук изпълнява в езиковата комуникация или това е способността му да служи като различител на морфемите и словоформи в акта на езиковото общуване. Фонемата е най-малката сегментна единица на речта и се състои от диференциални признаци, които определят нейното фонологично съдържание (Тилков Д., Т. Бояджиев, 1990). Това фонологично съдържание (или стойност) се

доказва с противопоставянето на фонемите в идентични позиции в думите: *ние – бие – вие – ние – мие – шие – рие* и т. н.

Ние можем да конструираме езиковите си изяви благодарение на факта, че фонетичната система на българския език съдържа 45 говорни звука/фонемите, които имат смислоразличителна функция, дължаща се на определени диференциални признаци между тях. „От тези 45 звука чрез линейно свързване се градят корените и морфемите, които линейно свързани, пораждаат словоформите. Те на свой ред чрез поредно линейно свързване и чрез евентуалното участие на служебните думи градят изречението, което е основа на изказването (Георгиев Б., 2006, с.14).“ Следователно, фонемите са основата на формалната структура на езика, която обхваща областите фонология, морфология и синтаксис.

Дефицитите в изграждането на фонологична езикова система в детска възраст и затрудненията в развитието на метафонологията (способността да се „оперира“ с фонемите при различни лингвистични задачи, които изискват възприемането им като абстрактни знаци, които могат да се броят и анализират) са симптом на редица комуникативни нарушения – специфично езиково нарушение/дисфазия; нарушения на езиковото развитие при сензорни нарушения (намален слух); езикови нарушения при умствена изостаналост и т. н. Не на последно място, особеностите на фонологичното и метафонологичното функциониране определят последващи дефицити в овладяването на грамотността (четене и писане). Често затрудненията, свързани с метафонологията са предшестваш симптом при дислексия на развитието.

Изследователските проби за оценка на фонологичното/метафонологичното разбиране съдържат айтеми, свързани с уменията за – идентификация на фонемите; диференциране на опозиционни фонемите; количествен фонеман анализ; диференциране на семантичната и произносително-акустичната стойност на фонемата, определяне на позиционната разпределеност на фонемата.

При пробите за метафонологични езикови умения трябва да се има предвид, че подобни задачи са въпрос на научаване и възпитание в способност, свързани със средата и обучението на детето до момента.

### ***Идентификация на фонемите***

Първият критерий за оценка е свързан с идентификацията на фонемите в морфо-фонологични структури (думи). Стимулите включ-

ват лингвистичен материал, който съдържа акустично сходни фонемни, които се смятат за: (1) звукове с ненормативна продукция с висока честота при артикулационни нарушения; (2) фонемни с неточна употреба при специфични езикови нарушения (вж. напр., Тодорова Е., 2009, 2012). Това са звукове от *ранна* онтогенеза – веларни – преградни [к, г], *средна* онтогенеза – съскави – шушкави [с, ш] и *късна* онтогенеза – сонорите [л, р]. Пробите изследват способността на детето да идентифицира наличието или липсата на съответните фонемни във визуално представени словоформи. Изследователските проби включват 42 графични изображения (предметни картини) на съществителни имена, в названията на които се съдържат изследваните звукове: [к, г, с, ш, л, р]. Изображенията са заимствани от – Методика за оценка на морфологичната езикова реализация на множествено число на съществителни имена (Е. Тодорова, Част II., 2005: 8 – 67). Целта на изследването е да провери фонологичната компетентност на детето да идентифицира конкретна фонема в звуков контекст.

### ***Диференциране на серия опозиционни фонемни***

Вторият критерий изследва способността на детето да диференцира серия от опозиционни фонемни, които се различават по признаците – *звучност/беззвучност* ([па] – [ба], [та] – [да], [ка] – [га], [фа] – [ва], [са] – [за], [ша] – [жа]); *съскавост/шушкавост* ([са] – [ша], [за] – [жа], [ца] – [ча]); *сонорност* ([ма] – [на], [ра] – [ла]). При извършване на процедурата, между изброените стимули в разбъркан ред, се подават и идентични айтеми (напр. [п] – [п], [т] – [т], [с] – [с] и т. н.). Целта е да се контролира чистотата на изследването и да се избегне автоматизиран отговор. Изследващият „екранира“ (закрива) устните си при изговарянето, за да се избегне визуалното диференциране на движенията по време на артикулация. По този начин се подсигурира единствено акустична преработка на подаваните стимули. Задачата на детето е да определи дали това, което чува е „еднакво“ или „различно“. За изпълнението на пробите е необходимо да имаме информация дали изследваното лице има семантичен достъп до антонимните понятия – еднакъв/различен. Отчита се способността да се различават акустично сходни фонемни по диференциален признак. Неизградената способност за разграничаване на акустичната характеристика на фонемите по съответен признак е отново признак за атипично езиково функциониране и може да бъде причина за особе-

ности в поведението както в устната, така и в писмената реч. В случай че детето изпитва затруднения при изпълнението на задачата, при някои от стимулите, се отбелязва кои фонемни класове засяга неизградената способност за диференциация.

### **Определяне на фонологичните сегменти в думата**

Третият критерий е свързан със способността за определяне на броя фонемни в дадена дума. Изследователските проби съдържат седем словоформи с различно количествено съдържание – *кон, маса, петел, музика, магазин, картичка, теменужка*. Стимулите са подбрани така, че да бъдат семантично познати за децата. От тях се изисква да определят броя на съответните фонемни във всяка отделна дума. Отчита се: 1) способността на детето за количествен звуков анализ; 2) броят на сегментите, които може да преработи при тази когнитивна задача – до три, до четири, до пет сегмента и т. н.

### **Диференциране на семантичната и произносително-акустичната стойност на фонемата**

Четвъртият критерий изследва фонологичната компетентност на децата, изразяваща се в осъзнаването на материалната и функционалната характеристика на говорните звукове/фонемите. Стимулите се състоят от двойки думи, които се различават по една фонема: *пие – бие, кана – вана, вар – фар, дъб – тъп, каса – каза, коза – кожа, кора – кола, шега – жегга, каса – каша*. Целта е да се провери дали детето осъзнава функционалната стойност на звука и неговата смислоразличителна функция. Отчита се способността за диференциране на думите по: 1) материална характеристика на звука/звуков състав; 2) функционална характеристика на фонемата/семантична стойност.

### **Определяне на позиционната разпределеност на фонемата**

Петият критерий изразява дистрибутивните правила на езика и изследва способността на детето да определя позиционната разпределеност на дадена фонема – начало на думата, средисловие, краесловие. Стимулите съдържат 18 думи, в които звуковете [с, ш, ц, ч, л, р] се намират в различна позиция в думата – *син, паста, нос; шум, мишка, лош; цапа, перце, венец; чанта, мечта, готвач; лято, шоколад, петел; радио, парашут, мотор*. Отчита се способността на детето да определя позицията на даден звук в думата, с кои позиции се справя

и с кои не. Така например, възможно е детето да може да определи правилно мястото на звука, в случай че той е в началото на думата, и да не може да се справи с останалите местоположения. При оценката е необходимо изследващият предварително да е проверил дали понятията – *начало, среда, край* – са семантично познати за детето.

### **3. Разбиране на многозначността на думите**

Думите могат да имат различно значение (многозначност) зависимо от различния лингвистичен контекст. Известният български лингвист Мирослав Янакиев (1978, с. 9) дава следният пример за многообразието и редуването на морфемните значения в българския език, зависими от контекста: *Моят син. Моят син пуловер. Моят син пуловер носи. Моят син пуловер носи щастие*. Изследването на способността за разбиране на многозначността на думите е критерий за езиковата компетентност и лексикалната осведоменост на децата.

Предложените стимули са възрастово диференцирани. За предучилищна възраст това са словоформите – *син, коса, градина*; за начална училищна възраст – *глава, страна, лице*. Избраните думи изразяват семантично достъпни понятия за съответните възрастови периоди. В случай че календарната възраст на детето е несъответна на неговата умствена възраст, е възможно да се използват стимули за по-ранен етап от когнитивното развитие.

### **4. Разбиране на предлози**

Третата част от оценката на езиковото разбиране е свързана със семантичната достъпност на предлозите. Изследователските проби включват визуални стимули, изобразяващи предлозите – *в, на, до, пред, зад, под, над, между*. От изследваното лице се изисква да посочи картината, на която е изобразен предлогът. Отчита се разбирането на съответния предлог. Тази част от оценката е от изключително значение за описателната диагноза и диференциалната диагноза на комуникативните нарушения. Така например, при деца с езикови нарушения – специфични или неспецифични, е важно да се диференцира дали аграматичната реч (телеграфен стил), която се характеризира с липсата на служебни думи, в частност на предлози, се дължи на неразбиране на предлозите или е налице разбиране, но се регистрира дефицит в практическата употреба на същите. В друг случай, диагностичен симптом при дислексия на развитието е пропускането или

сливането на предлози с пред- или следходна дума в писмената реч. Симптомът се определя като специфичен, тъй като изразява несъответствие между езиковата изява на ниво устна и писмена реч. С други думи, при дислексия се наблюдава добро разбиране и правилна практическа употреба в устната реч на предлози, за сметка на неупотреба или неправилна употреба в писмената. Полученият резултат при тази проба и взаимодействието му с резултатите от последващите проби за практическа употреба на предлози в устната и писмената реч е в полза на установяването на това несъответствие.

### **5. Разбиране на предложни отношения**

В тази част от оценката стимулите са заимствани от *Протокол за невропсихологично изследване* в детска възраст, проф. Р. Райчев и съавт., Медицинска академия, Научен институт по неврология, психиатрия и неврохирургия, Лаборатория по невропсихология, 1985. Включени са три вербални стимула – изречения, които изразяват предложни отношения: *Кучето върви след ловеца. (Кой върви пръв?); Самолетът излетя преди въртолета. (Кой излетя последен?); Иван върви след Петър, но преди Георги. (Кой върви пръв?)*. При отчитането на резултатите изследователят има право да подаде само един път стимула, след което да зададе въпроса и да отбележи отговора на изследваното лице.

### **6. Разбиране на прости инструкции**

Изследователските проби включват три прости инструкции за изпълнение: *вдигни ръка, посочи лампата, отвори вратата*. Неразбирането на тези инструкции е признак за умствена изостаналост и е необходимо получените резултати тук да бъдат сравнени с резултатите от изследването на интелекта, получени с *Цветни прогресивни матрици на Рейвън* и *Тест на Уекслър*.

### **7. Разбиране на сложни линейни инструкции**

Предложени са два стимула за оценка на разбирането при сложни линейни инструкции. Първият стимул изразява две последователни инструкции: *Вземи молива. Остави го на масата, а тетрадката дай на мен*. Вторият стимул е свързан с три последователни инструкции: *От трите различни по големина предмета: най-големият дай на мен, средният остави на масата, най-малкия запази за себе си*.

При изпълнението на последната инструкция обикновено изследователят използва малък предмет (бонбон, гума, острилка, играчка и т. н.), който остава като подарък за изследваното лице.

### **8. Разбиране на поговорки и метафори**

Разбирането на поговорки и метафори е свързано с оценката на езиковата компетентност на децата, като често недостъпността на тези стимули е признак на атипично езиково функциониране – *специфично* при дисфазия на развитието; *неспецифично* при умствена изостаналост. За оценката са включени метафорите – *златни ръце* и *вълчи апетит*; и българската народна поговорка – *Сговорна дружина планина повдига*. При отчитането на резултатите се изписва точното обяснение на детето за подадените стимули и се дава оценка на разбирането.

### **9. Разбиране на слухово възприет текст**

За изследване на разбирането на слухово възприет текст е използвана като стимул българска народна приказка: „*Лакомото куче*“. След прочитане на глас от изследователя – с ясна дикция и артикулация, на детето се задава въпрос: *Защо кучето останало гладно?* В случай че детето отговори правилно и демонстрира разбиране на текста се отчита резултат: *разбира без допълнителни въпроси*. Ако детето не се справи успешно са допустими два допълнителни въпроса: *Какво видяло кучето в реката?*, *Какво означавали другото куче и другият кокал?* При разбиране с един или два допълнителни въпроса резултатът се отбелязва в протокола за оценка. При условие, че детето отново не разбира (след допълнителните въпроси) пробата се смята за неприложима и оценката е: *не разбира текста*.

## **VI. Оценка на езиковата и говорната изява в устната реч**

### **1. Изследване на артикулацията**

#### *Логопедичен статус*

При снемането на логопедичен статус се прави оглед на анатомичните и физиологичните особености на артикулационния апарат, както и на темпа и ритъма на речта.



Огледът на анатомо-физиологичното състояние на артикулационния апарат събира данни за състоянието (наличието или липсата) на анатомични особености – на устните, захапката/прикус, съзъбието, езика, подезичната връзка, мекото и твърдото небце, увулата; и физиологичните процеси – дишане и слюноотделяне.

Изследването на индивидуалните анатомични особености; неврологичния статус, свързан с наличие или липса на хиперсаливация; процеса на респирация (говорно дишане) е от значение за установяването на причините за артикулационната дисфункция и диференциалната диагноза. Често установените данни налагат консултация с ортодонт или невролог. Неправилно изграденият прикус може да е причина за ненормативна продукция на съскавите и шушкатави консонанти (междузъбен сигматизъм), поради липсата на съприкосновение между предните резци. Без ортодонтска намеса в този случай логопедичната интервенция е безполезна, тъй като артикулацията не е подсигурана от необходимата анатомична основа на говорния апарат. С други думи, докато не се изгради необходимата преграда от зъбите, езикът ще продължава да заема освободеното пространство в предната/страничната част между челюстите при артикулация. В друг случай, ако бъде установена хиперсаливация, причината може да се дължи на неврологична симптоматика, която е в компетенциите на друг специалист – невролог. Установяването на такъв етиологичен фактор за нарушената артикулация е диференциален признак за друг тип говорно нарушение (дизартрия).

Събирането на данни за темпа и ритъма на речта установяват наличие или липса на *тахилалия* (патологично бърз темп на говорене) и *брадилалия* (патологично бавен темп на говорене).

### **Артикулационен праксис**

За изследването на артикулационния праксис се използват проби за *задържане на артикулационната поза* и проби за *превключване* от една артикулационна поза в друга.

Задържането на артикулационна поза се изследва на основата на предложените, още през 1959 г. от Хватцев, артикулационни упражнения за развитие на двигателните способности (вж. Тодорова Е., 2009: 23 – 26). В традициите на българската логопедична практика се използват пробите: а) *тесен – широк език със задържане на позата*; б) *задържане на върха на езика горе, зад горни предни резци*. Уста-

новяването на тремор на езика при изпълнение на тези проби демонстрира неспособност за задържане на артикулационна поза.

Класическа проба за изследване на превключването на артикулационната поза е свързана с т. нар. диадохкинеза (diadochokinesis), която се изразява в бързо превключване на артикулационната поза по място на учленение (предна, средна и задна), чрез повторение на сричките: [па] – [та] – [ка] (G. Shames, N. Anderson, 2002). Отчита се способността на детето да изговаря многократно и бързо представените силабеми, като се отчита броя на продуцираните срички за единица време. Трябва да се има предвид обаче, че тази способност не е задължителен симптом на специфичните нарушения в артикулацията. Според Shames и Anderson (2002) е възможно, хора без говорни проблеми да се справят по-бавно, от такива с артикулационни нарушения.

### ***Артикулация на ниво – изолирани фонемни***

Пробите включват артикулация на изолирани говорни звукове от ранна, средна и късна онтогенеза, които най-често са с ненормативна продукция в предучилищна и начална училищна възраст: *веларни – преградни* [к, г], *съскави/шушкави* [с, з, ц, дз, ш, ж, ч, дж], *сонорни* [л, р]. Изследваният изговаря с правилна артикулация и ясна дикция фонемите, като изисква повторение на чутото от изследваното лице. При оценката се отбелязва: 1) кои фонемни са с ненормативна продукция; 2) видът и типът на неправилната артикулация (*напр., междузъбен сигматизъм, билабиален ламбдаизъм и т. н.*); 3) броят и видът на фонемния клас/класове, които засягат.

### ***Артикулация на ниво – серия опозиционни фонемни***

Използват се стимулите за фонологична осведоменост от пробите за езиково разбиране (1.2. *Диференциране на серия опозиционни фонемни*). В този случай изследваният изговаря с ясна дикция и правилна артикулация фонемните противопоставяния по признаци – *звучност/беззвучност, съскавост/шушкавост и сонорност*. Изисква от детето да повтори съответните силабеми. При неправилна артикулация се отбелязва диференциалният признак, който е засегнат. Резултатите се сравняват с тези, получени от проба 1.2. *Диференциране на серия опозиционни фонемни от първата част на изследването*. Сравнителният анализ между двете проби позволява диференциране

на артикулационната дисфункция от проявите на фонологичен езиков дефицит.

### ***Артикулация на ниво – думи, в които изследваните звукове са в различна позиция***

Пробите включват изследване на артикулацията на звуковете [к, с, ш, ц, ч, л, р] в думи, в които те се намират в различна позиция (начало – средисловие – краесловие). Изследващият изговаря с ясна дикция и правилна артикулация словоформите, като изисква повторение от детето. Отбелязва се: 1) типът и видът на нарушената артикулация; 2) наличието на дистрибутивно влияние при артикулация на съответна фонема. Установяването на специфично артикулационно нарушение дефинира *устойчивост* на грешките. В този случай, неправилната продукция не трябва да е следствие от лингвистичен фактор като – *позиционна разпределеност на фонемата*. Ако типът нарушена артикулация се влияе и променя, независимо от мястото на звука в думата, това е сигурен симптом за *атипично фонологично езиково функциониране*, а не за *артикулационна дисфункция*.

### ***Артикулация на ниво – повторение на многосрични думи***

Стимулите изразяват многосрични думи със сложен фонологичен контекст, които изразяват противопоставяния на акустично сходни фонемите и струпвания на вокали и консонанти: *ламарина, стихотворение, балерина, тротоар, радиатор*. Изследващият изговаря с ясна дикция и правилна артикулация словоформите, като изисква повторение от детето. Отбелязва се: 1) нормативна/ненормативна продукция; 2) типът ненормативна изява – пропускане на фонемите, разместване на правилната позиция на звуковете или сричките в думата, замяна на една нормативна фонема с друга, видът артикулационно нарушение – сигматизъм, ротацизъм и т. н. Трябва да се има предвид, че затрудненията в репродуцирането на думи със сложна фонологична структура, каквито са избраните многосрични думи, са един от симптомите на неправилно функционираща езикова система. Възможно е при дете с правилна артикулация, демонстрирана в останалите проби за говорна изява, да се регистрират затруднения при повторението на тези стимули. В този случай е необходимо детайлно разглеждане на резултатите, получени от всички проби за езиково

разбиране и езикова изява, за да се установи наличието или липсата на специфично езиково нарушение.

### ***Артикуляция на ниво – повторна реч (текст)***

Избраните текстове за изследване на повторната реч са възрастово диференцирани. За предучилищна възраст се използва стихотворението: *Сивата мишка, Л. Милева, 1993*. Лингвистичният контекст изразява: 1) противопоставяния на най-често нарушаваните звукове в предучилищна възраст – *съскави* [с, з, ц] и *шушкави* [ш, ж, ч], *соноори* [л, р]; 2) сложно фонологично съдържание – струпани съгласни, многосрични думи. За начална училищна възраст се използва скороговорката: *Петър плет плете*. Лингвистичният контекст изразява: 1) противопоставяния на най-често нарушаваните звукове в начална училищна възраст – *сонори* [л, р]; 2) сложно фонологично съдържание – струпани съгласни, многосрични думи. Изследваният изговаря с ясна дикция и правилна артикулация стимулите, като изисква повторение от детето. Оценява се: 1) наличие или липса на ненормативна продукция; 2) вид на артикулационното нарушение – сигматизъм, ротацизъм, ламбдацизъм; 3) качествена характеристика на нарушената артикулация – паралалия (замени на фонемите), пропускане на фонемите, разместване на правилната позиция на звуковете или сричките в думата, изопачавания (уподобявания) на фонемите.

### ***Изследване на артикулацията в спонтанен говор***

Изследваният анализира и оценява артикулационното поведение на изследваното лице в спонтанен говор – в рамките на проведен разговор, беседа, дискусия. За улеснение на процедурата е препоръчително да бъде направен аудиозапис на комуникативния акт. Оценката е свързана с качествен анализ на говорната изява: 1) наличие или липса на ненормативна продукция; 2) вид на артикулационното нарушение – сигматизъм, ротацизъм, ламбдацизъм; 3) качествена характеристика на нарушената артикулация – паралалия (замени на фонемите), пропускане на фонемите, разместване на правилната позиция на звуковете или сричките в думата, изопачавания (уподобявания) на фонемите.

### ***Изследване на автоматизиран говор***

Изследователските проби включват оценка на автоматизираната говорна продукция при: *броене на числа – в прав и обратен ред*,

дни на седмицата, месеци на годината. Трябва да се има предвид, че оценката на говорното поведение тук е свързано с общото когнитивно функциониране на детето. С други думи, резултатите от пробата трябва да бъдат подложени на сравнителен анализ с резултатите от оценката на когнитивното развитие.

### **ОПИСАТЕЛНА ОЦЕНКА НА АРТИКУЛАЦИЯТА**

Диагностичните процедури при изследване на артикулацията включват проби за установяване на *специфично артикулационно нарушение* и съдържат такива стимули, които да дефинират *устойчивост* на грешките. При артикулационни нарушения, неправилната продукция не трябва да е следствие от лингвистични фактори като – позиционна разпределеност на фонемата, фонологичен/звукон контекст, ниво/вид на езиковата изява.

Пробите включват артикулация на – изолирани фонемии; серия опозиционни фонемии; словоформи, в които изследваните звукове са в различна позиция в думата; словоформи със сложен фонологичен контекст; артикулация на ниво повторна, отразена и спонтанна реч. Проверката цели установяване на артикулационна дисфункция на най-често нарушаваните звукове в българския език – съскави/шушкави, сонорни/плавни, веларни/преградни.

Диагностичното проучване има за цел да установи постоянен характер на грешките. С други думи, типът на артикулационното нарушение (сигматизъм, ротацизъм и т. н.) и неговата изява, трябва да са *идентични* във всички проби за изследване на артикулацията и фонологията.

При установяване на затруднена диференциация на акустично сходни фонемии и влияние на нивото на езикова изява, се налага изследване на езиковото функциониране с цел потвърждаване или изключване на диагнозите: специфични/неспецифични езикови нарушения.

## **2. Преразказ на слухово възприет текст**

От изследваното лице се изисква да преразкаже слухово възприетия текст от пробата за езиково разбиране: 8. *Разбиране на слухово възприет текст – „Лакомото куче“*. За улеснение на процедурата е препоръчително да бъде направен аудиозапис на езиковата изява на детето. Оценяват се четири равнища на способността: 1) *Преразказва*

самостоятелно и изчерпателно; 2) Преразказва самостоятелно, но непълно; 3) Преразказва с помощта на допълнителни въпроси; 4) Не може да преразкаже текста. Ако при направеното изследване се наблюдават особености на лингвистичното поведение на детето, които не са отразени в оценката, те допълнително се отбелязват в протокола.

Качественият лингвистичен анализ на езиковата изява на ниво преразказ включва описание на типовете грешки: *фонологични* (леки затруднения в артикулацията, главно при многосрични думи; замени на акустично сходни фонемии; инверсии на фонемии и силабеми; грешки на опростяването – вмъквания на фонемии, редуциране на сложен фонологичен контекст при многосрични думи/думи от струпани съгласни и т. н.); *морфо-синтактични* (нарушена структура на думата, нарушена структура на изречението, пропускане или неправилна употреба на служебни думи, неправилно съгласуване и т. н.); *семантични* (неточна употреба на смисловото съдържание на лексиката, неточно отразяване на смисъла на текста); *прагматични* (неадекватен избор на лингвистичния код, съобразен с лингвистичната задача, комуникативния акт, партньора в общуването).

### 3. Разказ по серия картини

Препоръчва се да се използва тест „Последователни картини“ от Скала за интелигентност на Уекслър за деца (*Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC*). Субтестът е предназначен за изследване на мисленето при откриване на логичната последователност на действията в условията на времеви дефицит (1 минута). Първите две серии от картини са достъпни за деца от 6- до 8-годишна възраст, общо четирите серии от картини са подходящи за изследване на деца от 9- до 12-годишна възраст. За целите на настоящото проучване – разказ по серия картини, изследователят избира една от четирите серии („Гнездо“, „Дом“, „Обир“, „Спор“) в зависимост от възрастта на изследваното лице.

Сериите се поднасят на отделни карти с инструкцията „*Разгледай внимателно картините. Те разказват една история, но не са подредени правилно. Моля те, подреди ги в правилен ред, за да може да се направи разказ по тях.*“ При неуспех на детето да ги подреди по хронология в рамките на една минута, изследващият обяснява последователността и подрежда картите. След това ги разбърква и детето отново прави опит. В протокола се отбелязва след кой опит детето се е справило с последователността на картините.

Вторият етап от процедурата е свързан с генерирането на самостоятелен разказ по серия картини. За улеснение на процедурата е препоръчително да бъде направен аудиозапис на езиковата изява на детето. Оценяват се четири равнища на способността: 1) *Разказва самостоятелно и изчерпателно*; 2) *Разказва самостоятелно, но непълно*; 3) *Разказва с помощта на допълнителни въпроси*; 4) *Не може да разкаже историята*. Ако при направеното изследване се наблюдават особености на лингвистичното поведение на детето, които не са отразени в оценката, те допълнително се отбелязват в протокола.

Качественият лингвистичен анализ на езиковата изява на ниво преразказ включва описание на типовете грешки: *фонологични* (леки затруднения в артикулацията, главно при многосрични думи; замени на акустично сходни фонемии; инверсии на фонемии и силабемии; грешки на опростяването – вмъквания на фонемии, редуциране на сложен фонологичен контекст при многосрични думи/думи от струпани съгласни и т. н.); *морфо-синтактични* (нарушена структура на думата, нарушена структура на изречението, пропускане или неправилна употреба на служебни думи, неправилно съгласуване и т. н.); *семантични* (неточна употреба на смисловото съдържание на лексиката, неточно отразяване на смисъла на текста); *прагматични* (неадекватен избор на лингвистичния код, съобразен с лингвистичната задача, комуникативния акт, партньора в общуването).

### ***Описателна оценка на езиковото функциониране (разбиране и изява)***

Езиковият дефицит при деца с нарушения в развитието, демонстриращи образователни потребности, се интерпретира в контекста на *лингвистичния подход* за разбиране на атипичното лингвистично функциониране. Лингвистиката описва езиковата система като сложен комплекс от три основни компонента (форма, съдържание и употреба) със съдържателно обособени пет обширни области на езиково функциониране (Bloom, Lahey, 1978). Според Leonard (2000), за да функционира правилно езикът не трябва да се различава по съдържание, форма и употреба от очаквания и асоцииран с възрастта и социокултурната среда на индивида.

*Езиковата форма* включва областите – фонология, морфология и синтаксис.

*Фонологията* е онази част от езиковата система, която определя функционирането на говорните звукове в речта. Изследвания на Snowling, Bishop и Stothard (2000) показват, че децата с атипично фонологично функциониране демонстрират затруднения при редица езикови задачи, свързани с уменията за перцептивна преработка и продукция на фонемите, както и при задачи за лингвистична интуиция, по отношение на граматиката на родния си език („syntactic sensitivity“). Диагностицирането на фонологичен езиков дефицит се фокусира както върху високите нива на фонологична преработка – фонологичната осведоменост, така и върху по-ниски нива, свързани със задачи за перцептивна преработка – дискриминацията и категоризацията на говорните звукове (фонемите). Клиничните наблюдения на български деца с езикови нарушения показват, че те изпитват затруднения с: 1) перцептивни задачи за диференциране на фонемите по съответен признак (звучност/беззвучност, съскавост/шушкавост, сонорност), 2) при задачи за фонологичен анализ, като сегментиране на фонемния брой в думи (количествен звуков анализ); определяне мястото на даден звук в думите (качествен звуков анализ); отделяне на първи/последен звук от думата; дискриминиране на различни фонемите в двойки думи, които се различават само по един звук.

Описаните затруднения налагат изработването на специфична кодиращо-декодираща програма, съдържаща интензивна слухова тренировка, свързана с кинестетични фактори (вж. Тодорова Е., 2007). Такава програма може да се използва с превантивна, развиваща и терапевтична цел, тъй като спомага за базисното изграждане на слуховата перцепция, която от своя страна е основа за овладяване на процесите четене и писане. Учениците и по-малките деца, които могат да бъдат повлияни от такава програма, изпитват затруднения главно при слуховата преработка на информацията. Фонологичният дефицит често е свързан и с дефицит във вербалната памет, а понякога и със затруднена преработка на чисто вербална информация от дадени инструкции, приказки, разкази.

*Морфологията* е свързана с формите на думите и тяхното изменение. Стоянов (1983) определя морфологията като дял от граматиката, в който се изучават преди всичко формите на думите – правилата за тяхното образуване и свързаните с различните форми на една дума граматически значения. Освен правилата на формообразуването в морфологията се изучава и строежът на думите с оглед



на най-малките структурни елементи в техния състав, имащи свое значение, т. е. морфемите, различните им видове и техните значения (Стоянов Ст., 1983). От гледна точка на морфологията думата се разглежда като структура от една представителна форма, която има различни словоформи, които имат еднакво лексикално значение, но изразяват различни граматически категории (род, число и т. н.): *добър – добра – добро – добри – добрият – добрата – доброто – добрите*. „Морфемите се обособяват в зависимост от характера на значението, което изразяват, и функцията в строежа на думата, която изпълняват. Делят се на две основни групи морфemi: (1) *коренни морфemi* – носители на основното лексикално значение на думата; (2) *афикси* – допълват, уточняват, модифицират значението на думата. В зависимост от мястото, функцията и значението на афиксите, те се делят на префикси и суфикси (Куцаров Ив., 1997, с.16).“ По данни от англоезичната литература се наблюдава сериозен дефицит в областта на морфологията при деца със специфични езикови нарушения. Въпреки че овладяват граматическите морфemi в последователност, сходна на тази при децата в норма, при децата с езиков дефицит се забелязват атипични видове контрол върху тези морфemi по време на продукцията (Георгиева, 1994). Leonard (2000) и Bishop (1994) смятат, че дефицитът в употребата на морфологичните категории е по-сериозен от тези в другите езикови области и се изразява в проблеми с *окончанията* и служебните думи. Данните, които те докладват, се съпоставят с данни от италиански и иврит и се анализират по трудност в един и същ език и между отделните езици. Различните морфemi са с различна трудност за езиково увредените деца, а звуковете (фонемите) от техния състав се овладяват по-рано като звукова форма на лексикалната единица. Тя се овладява най-рано в лексоформа, по-трудно, когато изразява множествено число на съществителните имена, още по-трудно като глаголно окончание за 3 л., ед.ч. в сегашно просто време, най-трудно – в състава на съкратената копула или спомагателен глагол за английските деца (в случая става въпрос за полифункционалното английско *-s, -es*). Морфемите в различните езици имат различна степен на трудност. За италианските деца са трудни окончанията за множествено число на съществителните, за единствено число на прилагателните, в 3 л. ед.ч. на глаголите и най-трудни в 3 л. мн. ч. От служебните думи се затрудняват от граматичния член и глаголните клитики. Данните от иврит опре-

делено са по-малко, но според тях свободният маркер за винителен падеж, който е и неударен, ги затруднява.

За българския език като особено трудна граматична категория се определя *множественото число на съществителните имена*, където формалната характеристика е изразена чрез:

- наличие на определен брой правила и съвкупност от изключения за съществителните имена от мъжки и среден род;
- изключително многообразие от окончания, които да изразяват множествеността;
- правила за морфофонологични редувания или правила за звукови промени в краесловието;
- съществуване на различни форми на множествено число – обикновена, бройна.

Морфологичният езиков дефицит се изразява в особености на езиковото кодиране и езиковото декодиране на словоформи за множествено число (вж. Тодорова Е., 2005, Диагностика на езиков дефицит при дислексия, Част I, С., изд. ЛЦ Ромел). Изследователската практика детерминира специфично езиково поведение, което се изразява в следното:

- процесите на неправилно езиково кодиране отразяват общо концептуално развитие, но при децата с дислексия някои етапи от лингвистичната онтогенеза персистират и са с различна продължителност;

- свръхгенерализация на общите езикови правила в системата; генериране на свръхправилни форми с окончания *–ОВЕ* и *–И*, предимно за съществителни имена от мъжки род (напр. *петелОВЕ*, *слонИ*); генерализиране на формалния показател *–ТА* за съществителни от среден род (напр. *детеТА*);

- недобра идентификация на различните форми за множествено число в българския език: обикновена, бройна (напр. *много столА*, *два столОВЕ*);

- типовете неправилна реализация зависят от взаимодействието между формалните средства за изразяване на множествеността и правилата за звукови промени, които различните формативи налагат (напр. *тигЪри*);

- морфологичният езиков дефицит по всяка вероятност е свързан с особености на функционирането и в останалите области от формалната структура на езика: фонология и синтаксис;

– устойчивият характер на грешките в езиковото кодиране при децата с дислексия детерминира подобни грешки в езиковото декодиране;

– при езиково декодиране: недобра идентификация на формите – изключения в категорията множествено число на съществителните имена, неустойчива дискриминация на правилата и изключенията в системата от флексии на родния език;

– зависимост на грешките от рода на съществителните имена (най-трудни са съществителните от мъжки род, най-лесни – от женски род).

Следователно разработването на терапевтични програми за преодоляване на морфологичния езиков дефицит трябва да бъде съобразено с: (1) многообразието на формалните средства (окончания) за изразяване на различни граматични категории; (2) различните нива на езикова реализация – устна/писмена реч, кодиране/декодиране на вербална информация.

*Синтаксисът*, от своя страна, определя организацията на думите в изречения. По правило коректната употреба на синтактичните правила показва, че говорещият разбира частите на изречението и зависимостите между тях. Не е задължително обаче децата да разбират това, което са казали, само защото са продуцирали правилно дадена граматична структура. Същото се отнася и до речника – знането на думата, но не и на нейното значение, в някои случаи е обща характеристика за малките деца. Въпреки това до постъпването на детето в училище то вече е научило много за структурата и функцията на отделното изречение, но има да учи още много за свързването на изреченията – как формално (чрез какви форми) да свързва веригите от изречения, за да продуцира структуриран дискурс (Георгиева, 1996). Някои деца имат затруднения в съгласуването на думите в изречения и в разбирането и продуцирането на структуриран комплекс изречения, което също е вид синтактично нарушение.

*Езиковото съдържание* включва *семантиката* като компонент, който управлява значението на думите и техните комбинации (Bernstein, 1985). Това е качество на езика, което ни позволява да разбираме значението на понятия (Матанова, 1998). За да използва думите точно, индивидът трябва да знае значението им и да разбира контекста, в който те се използват. Семантичните трудности на детето могат да се изразяват в трудности при наименоване на обектите

и при намиране на думи, ограничен семантичен контекст на думите, късно формиране на понятия за някои думи и класове от думи, трудно научаване и/или употреба на предлози, трудно разбиране на фрази с преносно значение, пословици, поговорки (Матанова, 1998).

*Прагматиката* е свързана с *езиковата употреба*, доколкото езикът се използва правилно в процеса на комуникация в зависимост от ситуацията и партньора за общуване. Прагматичните умения предполагат знание на езика в подходяща степен за различните комуникативни ситуации и различните слушатели (Матанова, 1998). Разбирането често зависи от опита на говорещия и слушащия. Прагматиката се отнася и до способностите за разбиране и пренасяне на значението на езика в различни ситуации. В този смисъл ако приемем, че децата с езикови нарушения имат ограничен опит в използването на устната форма на речта и стеснена възможност за получаване на информация или поддържане на комуникация чрез нея, можем да говорим за наличието на прагматичен езиков дефицит.

Определянето на езиков дефицит при деца с нарушения корелира с наличието на специфични прояви и в когнитивната онтогенеза. От своя страна, тези два аспекта – език и когниция, рефлектират върху развитието на училищните умения, като постиженията на децата са строго определени от функционирането им. Взаимодействието между когнитивния и езиковия дефицит с овладяването на грамотност има своята най-ясна изява в развитието на процесите четене и писане.

## **VII. Оценка на писмената реч — ЧЕТЕНЕ**

През 1985 г. Frith определя три основни етапа на развитие на процеса четене (за етимологичния правопис на английския език):

1. *Логографичен етап* – при който децата разпознават думите холистично (цялостно като визуални модели), но не винаги са в състояние да ги репродуцират точно. Това е по-важен етап за четенето, отколкото за спелинга, тъй като азбучната информация е необходима за разпознавателния спелинг. Този модел обяснява феномена, че малките деца могат да четат, без да спелуват, и обратно, което от своя страна показва, че са ангажирани две различни стратегии (Brayant & Bradley, 1983).

2. *Алфабетен етап* – азбучен етап, към който се отнася процесът на съотнасяне буква – звук. Това позволява четене чрез графемо-фонемно прехвърляне. Според Frith (1985), привърженик на хипотеза-

та за фонологичен дефицит при специфични нарушения в четенето, трудностите на дислексичните деца са предимно свързани с алфабетичния етап. Brayant и Bradley (1983) откриват, че начинаещите четци при придобиване на алфабетични умения използват визуални стратегии за четене и фонологични умения за спелинг.

3. *Орфографичен етап* – характеризира се с четене и спелинг, базирани на автоматизирано познание за асоциациите между графо-фонетичните елементи, синтаксиса и семантиката. На този етап отношението звук – буква се осмисля и разбира като структура и значение. Контекстът започва да играе роля и да се приема. В крайния орфографичен етап думите се разпознават в рамките на орфографични единици, които според Frith би трябвало идеално да съвпадат с морфемите. Орфографичните стратегии се различават от логографичните, тъй като включват аналитично-абстрактно буквено невизуално преработване. За разлика от алфабетните стратегии орфографичните не са фонологични и включват по-големи единици от думите.

Marsh (1981) модулира развитието на четенето на четири етапа:

1. Етап на *визуално възприемане* – включва механичното научаване на думи с висока честота (напр. името на детето), докато непознатите необичайни думи се разпознават чрез догадки при определен лингвистичен контекст.

2. Етап на *дискриминация в системата от догадки* – когато детето започва да прави визуална характеристика, за да различава отделните думи. Този етап е сходен с логографичното четене по Frith.

3. Етап на *последователно/секвенциално декодиране* – децата започват да декодират непознатите думи от ляво на дясно, използвайки прости съпоставки графема – фонема. На този етап детето може да оперира само с прости като сричкова конструкция думи (CVCV, SVC). Този етап е много близък до азбучното четене по Frith, който предполага, че алфабетното четене включва декодиране графема по графема и овладяване на този вид преработка произтича, от опита за спелване.

4. Четвъртият етап по Marsh се вмести между алфабетното и орфографичното четене. На този етап са необходими *контекстносензитивни декодиращи правила*, както и *аналогови стратегии*.

Моделът на Ehri (1985) е сходен с тези на Marsh и Frith, но той се интересува от начина, по който се преработват непознатите думи. Ehri предполага три фази за придобиване на способност за четене:

1. *Визуално четене на знаците* – близка фаза до етапите на „дискриминация на системата от догадки“ по Marsh и „логографично четене“ по Frith. Децата използват очевидните визуални характеристики на думата или характеристиките на контекста, за да достигнат до нейния смисъл.

2. *Фонетична фаза* – децата използват „фонетично подсказване“ за достъп до смисъла на думата. На тази фаза те използват фонетичните характеристики на думите на почти базисно ниво, за да достигнат до нейното произнасяне и смисъл.

3. *Цялостно фонологично „наslagване“ (mapping) на буквите върху звуковете* – всички научени графемите се съотнасят към определена фонема. На тази фаза читателите използват цялата информация, заложена в думата, и са по-малко склонни към недоразумения, характерни за читателите от втората фаза.

Ehri предполага, че преходът между втората и третата фаза може да се разглежда по-скоро като постепенен и количествен, отколкото като качествен.

Нарушенията в четенето са свързани и с развитието на потенциалните умения или методи за четене, номинирани като – *лексикални* и *сублексикални*, които до голяма степен обясняват моделите „отгоре надолу“ (top-down processing) и „отдолу нагоре“ (bottom-up processing).

Лексикалните умения включват „превода“ на думата от нейното визуално представяне в семантично. Процесите тук се дефинират като лексикални, тъй като се извличат от достъпността на цялата дума. Лексикалното процесирание е свързано с четенето на познати и с висока честота думи, но е неприложимо при четенето на непознати и псевдодуми, които изискват сублексикално процесирание. При модела „отгоре надолу“ четещът се базира на думата и езиковия опит, предсказва определени думи и фрази, разпознава думите и накрая буквите. Отчита се влияние на контекста.

Сублексикалните умения са свързани със сегментирането на буквите в съответни фонемите. Графемите и фонемите се съчетават, за да продуцират код, чрез *графемно-фонемно съотнасяне*. Wagner и Torgesen J. (1987) детерминират четири способности, имащи влияние върху уменията за анализ на думите:

- анализ на фонемите;
- синтез на фонемите;

- кодиране в контекста на лексикалния анализ;
- кодиране в работната памет.

Според авторите, изграждането на тези умения развива металингвистично познание, което от своя страна усъвършенства постиженията в четенето. Дебатът за цялостния анализ на сублексикалното процесирание се фокусира върху способността на детето за четене на непознати и псевдодуми. Coltheart (1983) формулира различни механизми на съотнасяне:

- графема към фонема;
- поредица от графеме към поредица от фонеме;
- морфеме към фонологични кодове.

Моделът „отдолу нагоре“ включва сегментиране, съотнасяне и синтез на получената информация.

По отношение на четенето процесът на научаване може да се опише като укрепване на връзките между съответните аспекти на думите. Тези аспекти включват информация за ортографията, фонологията, значението, морфологията и артикулацията на думата. Основната разлика между лексикалните и сублексикалните процеси е, че опитният четец идентифицира познатите думи чрез лексикалния процес, но по-малко познатите думи декодира по сублексикален път, при това процесирането е автоматизирано и се извършва бързо. При нарушения на четенето могат да бъдат засегнати и двата процеса, като алфabetните трудности се свързват със сублексикалното процесирание, докато ортографичните проблеми се отнасят до лексикалната преработка.

Доброто познаване на механизмите на развитие на процеса четене подsigурява правилен и точен анализ на оценката. Пробите са подбрани относно избран модел за четене и писане, който предвижда два начина за трансформиране на графичната информация във фонологична и обратно – лексикален и сублексикален, и включват изследване на: четене на графеме, думи, псевдодуми; четене на ум и разбиране; четене на глас и разбиране.

## 1. Четене на букви

Изследователските проби служат за определяне на степента на ефективност при прехода от дадена графема към нейното фонемно съответствие. Изборът на стимули се основава на признаците – *визуално* и *акустично* сходство. Графемите – *а, о, и, у, п, т, ъ, ч, б, д, е, с, л,*

м, Г, Т изследват декодирането на визуално сходни буквени знакове. Графемите – к, г, т, д, ф, в, м, н, р, л, с, ш, з, ж, ц, ч, изразяват букви, чиито фонемни имат акустично сходство по признаците *звучност/беззвучност, сонорност, съскавост/шушкавост*. Декодирането на графемата на глайд й, на графемите на дифтонгоидните звукосъчетания я и ю, както и на графемата ш, предполагат отделен качествен анализ.

При изследване на декодирането на графемите се отчитат два показателя: 1) разпознаване (посочване); 2) назоваване (номинация). Оценява се време на изпълнение и брой грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. По време на четенето изследваният отбелязва в индивидуалния протокол за регистрация евентуалните грешки и качеството им.

## 2. Четене на думи

Тестовата задача изследва способността за четене на думи с различна морфологична сложност. Качественият анализ включва описание на типовете грешки: паралексия – замени на графемите; пропускане (липса) на графемите или срички; литерални инверсии – разместване на правилната позиция на графемите или на цели срички; влияние на сричката сложност на думата – при многосрични думи и думи от струпани съгласни звукове; грешки при декодирането на представки и окончания (префикси, суфикси); особености при декодирането на графемите й, я, ю.

Допълнително се оценяват време на изпълнение и брой грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. За всяка сгрешена дума (също и при писането) се изчислява само една единствена грешка. По време на четенето изследваният отбелязва в индивидуалния протокол за регистрация евентуалните грешки и качеството им. Пробата може да се прекъсне само ако забележите, че изследваното лице не е разбрало задачата. Не спирайте, за да давате обяснения за значението на думите. В протокола за регистрация могат да се добавят бележки за резултата, които да се използват при окончателната оценка.

## 3. Четене на псевдодуми

Проучва се способността за четене на списъци от не-думи (псевдодуми) и служи за определяне на степента на ефективност на непрекия (сублексикален) начин на четене, основаващ се на графемно-фонемното прехвърляне.



Стимулите се подават с инструкцията: *Прочети на глас следните не-думи. Това са думи, които не съществуват в българския език.* Необходимо е изследващият ясно да информира изследваното лице, че думите не съществуват и следователно, не трябва да се търси тяхното значение.

По време на четенето изследващият отбелязва в индивидуалния протокол за регистрация евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. В протокола за регистрация могат да се добавят бележки за резултата, които да се използват при окончателната оценка.

#### **4. Четене наум и разбиране**

Изследващият предоставя на детето текст – *Задави се меца* (Босилек Р., 2011) с инструкцията: *Прочети внимателно текста наум. Когато си готов/а, ще ти задам няколко въпроса към него.* Оценява се нивото на разбиране на основата на зададени (от изследващия) въпроси към смисловото съдържание на текста: *Кои са героите на тази история?, Какво се случило с мечката?, Какво направила тя?, Какво я посъветвал вълкът?, Какво решил да направи вълкът?* Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Пробата може да се прекъсне само ако забележите, че изследваното лице не е разбрало задачата. В протокола за регистрация могат да се добавят бележки за резултата, които да се използват при окончателната оценка.

#### **5. Четене на глас и разбиране**

Изследващият предоставя на детето текст – *Глупавият мъж* (Българска народна приказка, 2003) с инструкцията: *Прочети текста на глас.* Пробата служи за оценка на: 1) декодирането при четене на глас; 2) разбирането при четене на глас.

При оценка на *декодирането* изследващият отбелязва в индивидуалния протокол за регистрация евентуалните грешки, свързани със: замени на букви; замени на цели думи; пропускане на графеми или цели срички; замяна на графеми (по визуално или акустично сходство); разместване (инверсии) на правилната позиция на букви и/или срички; влияние на сричковата сложност на думата – затруднения при декодирането на многосрични думи или думи от струпани съгласни звукове. Допълнително се оценява броят грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки.

Оценява се нивото на *разбиране* на основата на зададени (от изследвания) въпроси към смисловото съдържание на текста: *Кои са героите на тази история?, Какво каза жената на мъжа си?, Как мъжът започнал да лови мишки?, Какво се случило след това?*

Пробата може да се прекъсне само ако забележите, че изследваното лице не е разбрало задачата. В протокола за регистрацията могат да се добавят бележки за резултата, които да се използват при окончателната оценка. Необходимо е да се представи сравнителен анализ на получените резултати от Проба 4. и Проба 5. относно качествата на разбиране при четене.

### **VIII. Оценка на писмената реч — ПИСАНЕ**

Писането е сложен процес, който представлява изява на езика, противопоставена на устната реч. За разлика от устната реч, писането изисква по-високо ниво на функциониране поради факта, че се продуцира при липса на директен събеседник, изисква по-прецизен подбор на съдържанието на съобщението, поражда се от различни мотиви и като цяло е в по-голяма степен осъзната и разгърната дейност.

За да се научи да чете и пише детето трябва да осмисли писмената форма на речта като знакова система, която позволява предаването на информация чрез графични елементи. Всяка писмена система се характеризира с постоянен знаков състав, който трябва да бъде научен и съотнесен към другата знакова форма на езика – устната реч. Писането е и своеобразна форма на комуникация с графично представени езикови средства, при което говорните звукове се заменят с буквени символи. Основа на писането са езикът и устната реч като универсално средство за общуване. Процесът писане е още начин за пораждање и изразяване на собствени мисли, което е един от основните фактори на развитие на човешката цивилизация.

Формирането на умения за писане (печатно и ръкописно) представлява продължителен и последователен процес, който от самото си начало се развива като осъзната и разгърната дейност. В зависимост от степента на овладяване неговата психологическа структура се изменя, като се извършва преход от съзнателно към автоматизирано равнище на изпълнение.

Писането се осъществява чрез различни по вид писмени дейности: писане под диктовка, преписване и спонтанно писане. По своята

същност писането има сензорно, моторно, говорно и лингвистично равнище.

*Сензорното равнище* е свързано със способността за зрителна и слухова перцепция и свързаните с нея зрителна и вербална памет. Зрителната перцептивна способност подsigурява фината дискриминация на графично сходните букви и е свързана със зрителната памет по отношение на запомнянето на оптични символи и усвояването на правилната позиция на буквите. От своя страна, слуховата перцепция подsigурява диференцирането на акустично сходните звукове и е генезисна по отношение на фонемния анализ и синтез и фонемо-графемното съотнасяне, като те от своя страна са свързани и с параметрите на вербалната памет.

*Моторната организация* се отнася до възпроизвеждането на знаковия код с помощта на фини праксисни програми, които се отнасят и до способността за превключване в двигателната схема на думите. По време на този процес се извършва зрителен и двигателен контрол. От друга страна, в процеса на спонтанно писане моторното равнище се надстроява над фонологичната, лексикалната, граматичната (морфологична и синтактична) и семантичната страна на езика.

*Говорното равнище* се отнася до т. нар. вътрешна артикулация при писане. Писмената продукция винаги се извършва с подкрепа от другата форма на езикова реализация – устната реч. Съвсем естествено, когато артикулацията е нарушена, това рефлектира върху писането под диктовка и спонтанното самостоятелно писане, като грешките в писането са идентични на грешките в артикулацията.

*Лингвистичното равнище* е свързано с развитието на езиковата система, което е генезисно за процесите четене и писане. Писането се усвоява само при условие, че езикът е овладян. Този процес се съобразява с всички езикови закономерности, които се отнасят до структурата на езика (фонология, морфология, синтаксис, семантика и прагматика), особено по отношение на самостоятелното писане. За да се реализира писмено изказване, е необходимо изграждане на смислова програма, в която се конструира последователност от мисли и съждения. Тази програма трябва да бъде съотнесена към граматичните правила на езика: правилно формообразуване, съгласуване и организация на думите в изречението, коректна структура на изречението, способност за продуциране на структуриран комплекс от изречения. В процеса на спонтанно писане е необходима способност за съхране-

ние на реда на изложените фрази и изречения, като се осъществява контрол върху вече написаното и това, което предстои да се напише. От своя страна всяко изречение, което предстои да бъде написано, се разделя на съставни думи, които в процеса на графично представяне се обозначават с определена граница. Предстои сложният процес на фонеман анализ на думата, определяне на нейната фонологична структура, свързана със звуковия контекст и последователност, фонемо-графемно съотнасяне и моторна реализация.

Писането не може да се разглежда еднозначно и неговото формиране е детерминирано от други аспекти на развитието: способност за зрителна и слухова преработка, пространствена ориентация, зрително-моторна координация, изграждане на праксис за писане, способност за фонемо-графемно прехвърляне, добро развитие на параметрите на езиковата система (фонология, морфология, синтаксис, семантика, прагматика), развитие на вербалната и зрителната памет, развитие на абстрактното мислене и на метакогнитивните способности. Дефицитът във всеки един или в няколко от тези аспекти може да бъде причина за появата на нарушения в писането, често проявяващи се като специфични грешки, обозначавани като дислексични прояви.

Изследователските проби включват – диктовка, преписване, автоматизирано писане, разказ по картина, генериране на собствен текст. При провеждане на изследването за всички проби се използват бели листа, формат А4.

### **1. Вербално-слухова диктовка**

Предложените текстове за изследване на нарушенията в писането са част от диагностичната процедура на *Логопедичния център – София* (МОН, 2000), свързана с ежегодното епидемиологично проучване на писмената реч в начална училищна възраст. Използването на тези доказани в клиничната практика процедури подsigурява детайлно проучване на характеристиката на писмената реч в училищна възраст. Изследователските проби включват възрастово деференцирани текстове за диктовка: *Пролетно утро* (за деца във втори клас), *Горделивото борче* (за деца в трети клас), *Буря* (за деца в четвърти клас). В случай че изследваното лице е в средна или гимназиална училищна възраст се използва текстът – *Буря*. Ако изследователят прецени, че нивото на развитие на писането не отговаря на кален-

дарната възраст на детето е възможно да бъде реализирана диктовка за по-ранна възраст. В протокола се отбелязват типовете грешки при писане и се реализира качествен анализ на писмената продукция. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки.

## **2. Преписване на текст**

Използва се текст, индивидуално избран от провеждащия изследването. По време на изпълнението на задачата в индивидуалния протокол за регистрация се отбелязват евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Предлага се качествен анализ на типовете грешки.

## **3. Автоматизирано писане**

Изследващият дава инструкцията на детето да напише – трите си имена, адрес, училище, клас и да се подпише. По време на изпълнението на задачата в индивидуалния протокол за регистрация се отбелязват евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Предлага се качествен анализ на типовете грешки.

## **4. Писане на изречение по картина**

Подава се стимул, използван в *Част VI. Изследване на езиковата изява, 3. Разказ по серия картини*. Изследващият представя една от тях с инструкцията: *Разгледай отново картината и напиши едно изречение, което се отнася до случващото се на нея*. По време на изпълнението на задачата в индивидуалния протокол за регистрация се отбелязват евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Предлага се качествен анализ на типовете грешки.

## **5. Писмен разказ по картина (серия картини)**

Използват се стимулите (серия картини) от *Част VI. Изследване на езиковата изява, 3. Разказ по серия картини*. Изследващият ги подава в правилен ред на изследваното лице с инструкцията: *Разгледай отново картините и напиши кратък разказ, който да изразява случващото се на тях*. По време на изпълнението на задачата в индивидуалния протокол за регистрация се отбелязват евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Предлага се качествен анализ на типовете грешки.

## 6. Писмен разказ по тема

Провеждащият изследването дава задача на детето да напише разказ по тема „*Моето семейство*“. По време на изпълнението на задачата в индивидуалния протокол за регистрация се отбелязват евентуалните грешки. Самостоятелните поправки *не* се смятат за грешки. Предлага се качествен анализ на типовете грешки. Изследователската проба *генериране на собствен текст* по зададена тема е за *лингвистичен анализ* на писмената продукция, като изследващият *не* се „изкушава“ да анализира психичното, емоционалното и семейното функциониране на детето.

### *Качествен анализ на писмената продукция*

Ортографичните грешки са свързани с фината дискриминация на визуално сходните графични символи, като се дължат предимно на дефицит в зрителната преработка и памет. Регистрират се литерални параграфи предимно в ръкописното писане, като за българския език най-често това са:

- графемни, конструирани от еднакви елементи, различно разположени в пространството (*т – ш, п – и, б – д*);
- с еднакви елементи, но различаващи се по допълнителни такива (*и – ш, п – т, о – а, х – ж, л – м, ш – щ, ц – щ, З – В, Р – В*);
- огледално писане;
- липса на елементи, особено при свързване на графемите;
- включване на допълнителни несъществуващи елементи;
- неправилно разположение на отделни елементи.

Специфичните грешки при писане, базирани на *дефицит в слуховата преработка* и вербалната памет, се отнасят до фината дискриминация на графемни, чиито фонемни са акустично сходни. При това много често тяхната артикулация в спонтанен говор е правилна и трудностите явно са на едно по-високо метафонологично равнище, което е чест симптом при дислексия на развититето. Клиничната практика показва, че за българския език най-трудна е фината дискриминация на:

- звучните и беззвучните консонанти [*п – б, ф – в, т – д, к – г, с – з, ш – ж*];
- съскавите и шушкавите консонанти [*с – ш, з – ж*];
- африкатите [*ц ч*];
- сонорите [*м – н, р – л*].

Дефицитът в моторната организация на писането е свързан с неовладени фини праксисни движения за писане и нарушения на зрително-моторната координация. В резултат се продуцират разнообразни грешки.

Както вече беше отбелязано, нарушената артикулация резултира в аналогични параграфи при писане – замени на графеми, аналогични на замените в устната реч.

Дефицитът в езиковото развитие се изразява в многообразни грешки, отнасящи се до:

- нарушена структура на думата – редукция на струпани съгласни, графични елизии на вокали и срички, литерални инверсии на букви и срички;

- недобро усвояване на правописа (грешките са с по-голяма честота, отколкото при другите деца); Затрудненията най-често се изразяват в: кодиране на графема на беззвучен консонант вместо звучен в краесловие (*грат* за *град*) и обратно (*краг* вместо *крак*); кодиране на графема на беззвучен консонант вместо звучен в средисловие (*лотка* за *лодка*) и обратно (*картовки* вместо *картофки*); кодиране на графема на звучен консонант вместо беззвучен (*зграда* вместо *сграда*).

- грешки в писането на предлози, съюзи, частици, префикси и суфикси, изразяващи се в липси, замени, контаминации (сливания) с пред- или следходната дума;

- употреба предимно на някои части на речта за сметка на неупотреба или неправилна употреба на други;

- замени и/или липса на думи;

- нарушена последователност на думите в изречението;

- 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 граматически отношения между предметите и между действията;

- неправилно съгласуване по род и число на съществителните имена и по време на глагола поради затруднен морфологичен анализ;

- грешки в конструирането на сложни изречения;

- трудности в установяването на логични и езикови връзки между отделните изречения.

#### **I. Характеристика на умствената изостаналост**

За да се постави диагноза умствена изостаналост трябва да е налице снижено ниво на интелектуално функциониране, водещо до намалени възможности за адаптация към ежедневните изисквания на социалната среда. За да се диагностицира правилно това състояние трябва да се има предвид глобалната оценка на способностите, а не само специфични нарушения или умения в отделни области.

В световната литература проблемът за умствената изостаналост се коментира в множество изследвания и дискусии, в които се включват специалисти от различни научни области – лекари, психолози, специални педагози и др. Основните въпроси, които се разискват, са свързани с етиологията, същността, диагностиката, социално-психологическата адаптация, професионалната подготовка и др.

За означаване на това състояние се използват много и различни термини. Това многообразие се определя от факта, че с умствената изостаналост се занимават професионалисти от различни области на познанието, които поставят различен акцент при проучванията си.

За да бъде дефинирана умствената изостаналост е необходимо да се имат предвид не само генетичните и психичните признаци, характеризиращи умствената изостаналост, но и социално-адаптивните възможности на индивида. Под умствена изостаналост се разбира обща интелектуална изостаналост, възникнала в периода на развитието и асоциирана обикновено с понижени способности за житейска ориентация. Специалистите от Американската асоциация за изследване на проблемите на умствената изостаналост отделят внимание на три основни момента:

1. Наличието на специфични адаптивни особености у лицата с умствена изостаналост.

2. Нарушените адаптивни способности се проявяват по отношение на обществената среда и се индексират съобразно личните потребности за подкрепа и помощ.

3. Животът и дейността на лицата с умствена изостаналост, в резултат на адекватна подкрепа и помощ, могат да се подобрят.



Новият подход при дефиниране на понятието присъства и в определението на СЗО. Според това определение, умствената изостаналост е състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушения на уменията, възникващи в процеса на развитие и даващи своя дял във формирането на общото ниво на интелекта, т. е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения. Според определението на Американската асоциация, умствената изостаналост се отнася до трайни ограничения на функциите.

Според DSM-IV-TR (2000), умствената изостаналост се характеризира със значително под средното интелектуално функциониране, при което IQ е около 70 и под 70, измерен с индивидуално приложени тестове за интелигентност. В ранното детство диагностицирането става на основата на клинична преценка на интелектуалното функциониране. Втората характерна особеност е свързана с конкретен дефицит или увреда в адаптивността, оценена по отношение на очакваната за възрастта или културната среда. Тази нарушена адаптивност трябва да е налице най-малко в две от следните области:

- комуникация;
- самообслужване;
- ежедневна активност;
- социални умения;
- използване ресурсите на обществото;
- лична насоченост;
- училищни умения;
- работа;
- свободно време;
- здраве и безопасност.

Всички изброени прояви трябва да бъдат с начало преди 18-годишна възраст.

Във връзка с унификацията на понятието група експерти на ЮНЕСКО предлагат дефиниция, която обособява два основни признака на умствената изостаналост – забавено общо развитие и ограничени способности за обучение.

Съвременните концепции разглеждат интелекта не като единна характеристика, а като набор от специфични способности. За да бъде оценено интелектуалното равнище е необходимо да се събере цялостна и обстойна информация, която да се обработи съобразно това, че общите закономерности на развитието се проявяват в инди-

видуални различия, които са особено изразени при лицата с умствена изостаналост.

Терминът „умствена изостаналост“ обединява голяма група аномалии на психичното развитие, при което в различна степен страда интелектуалният статус. Тези състояния бяха известни като олигофрени и деменции. Олигофренията 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. При тези деца страдат познавателните, емоционално-волевите и адаптивните способности, а в умствената сфера остават слабо развити мисловните процеси и висшите корови функции. Терминът „олигофрения“ отговаря на клиничния модел в разбирането на нарушенията и до голяма степен етикетира и стигматизира децата, носители на това състояние.

Терминът „деменция“ се използва за обозначаване на придобитите форми на слабоумие при настъпване на инволютивен процес. Характеризира се с отслабване на познавателните способности, обедняване на чувствата, промяна на поведението, изявени затруднения в използването на минал опит. Глобалната деменция обхваща всички видове психична дейност, като най-ярката характеристика е липсата на критичност към себе си, към събитията и деградация на личността. При огнищната деменция са налице частични дефекти при относително съхранено отношение към действителността и без драстични личностни промени.

При умствената изостаналост се наблюдават отклонения в психичното функциониране като цяло. Мисловната дейност не достига вербално-логичното ниво, а остава нагледно-образна, конкретна. Представите, с които борави индивидът, са неточни, неясни, което неминуемо затруднява обобщенията и абстракциите. Надмодалните възприятия, особено за време и пространство, се усвояват много трудно.

Формирането на когнитивните функции изостава, като особени затруднения се наблюдават в развитието на вниманието и вербалната памет. В повечето случаи емоционалната реактивност е съхранена, но е неадекватна и несъразмерна с предизвикващия стимул.

Емоциите се характеризират с полярност и неустойчивост, което определя и честата смяна на настроението, съпътствано с двигателна

възбуда и стереотипии. Развитието на езиковата система закъснява. При умствената изостаналост обаче не можем да говорим за закъсняло езиково развитие, а за увредено. Нарушения се наблюдават както в импресивната, така и в експресивната реч. Промените в езиковото функциониране имат не толкова количествен, колкото качествен характер. Всички тези особености са в различна степен изразени в зависимост от формата и степента на умствена изостаналост.

За целите на практиката се прилага диференциран подход, при който характеристиката на умствената изостаналост се осъществява от четири гледни точки:

1. Медицинската акцентира върху съществуването на интелектуален дефицит и липсата на прогресивност;

2. Психологическата – на интелектуалното недоразвитие;

3. Педагогическата – на специализираната помощ, подкрепа и въздействие.

4. Многофакторната гледна точка детерминира умствената изостаналост от комплекс генетични, неврологични и патопсихологични нарушения, които водят до различни отклонения, имащи медицински, социален, психичен, юридически и педагогически характер.

Етиологията на умствената изостаналост е изключително сложна, като и до днес една част от причините за нея са неизвестни. Още Л. С. Виготски (1983) отбелязва, че между първичните дефекти и вторичните нарушения съществува причинно-следствена връзка и зависимост. Един и същ първичен дефект може да предизвика различни вторични нарушения и обратно – едни и същи вторични нарушения, могат да бъдат предизвикани от различни първични дефекти. Първичните дефекти имат биологичен характер, а вторичните нарушения – психичен характер.

Според повечето изследователи изоставането в психо-социалното развитие на умствено изостаналите индивиди се приема като резултат от комбиниране на генетични, органични, биохимични, социални и други фактори. Съществува единодушие по отношение на това, че в повечето случаи на умствена изостаналост няма една-единствена основна причина. Въпреки това обаче често е налице тенденция към търсене на изолиран случай на мозъчна увреда, водеща до мозъчна дисфункция. Мозъчната увреда, настъпила в ранна детска възраст, има тенденция към генерализиране в по-късна възраст. Например, при мозъчна увреда, която при възрастни причинява отпа-

дане на функции, в детска възраст води до психично недоразвитие. В зависимост от времето на настъпване на увредата се наблюдава или недоразвитие, или разпад на съответната психична функция. Първичната увреда е свързана с т. нар. матрици или системите от ранните етапи на развитие, а вторичните дефекти са свързани с относително стабилни структури, локализирани в кората. От гледна точка на развитието, бавният темп на придобиване на моторни умения при умствено изостаналото дете показва, че е налице незрялост на всички корови зони. Съществуват обаче и случаи на нормално моторно развитие при умствено изостанали деца. Този факт се обяснява с това, че вероятно съществува дисонанс в съзряването на мозъчните зони. Според А. Р. Лурия (1976) забавеното развитие и съзряване на третичните корови зони е обща особеност на умствено изостаналите деца. Това пречатства организирането и обобщаването на новия опит в когнитивни и емоционални схеми.

При умствено изостаналите индивиди се наблюдава твърде широко разнообразие от форми и типове на психично нарушение. Сложността при разкриването на етиологичните фактори се дължи и на неизвестността на причините и патогенетичните механизми при голям процент от случаите с умствена изостаналост. Обикновено етиологичните фактори се групират по няколко основни критерия – характер на увредата, възрастов признак и др. В етиологията на умствената изостаналост роля играят две основни групи фактори:

- Първата група предизвиква дълбок психичен дефект или това е групата на т. нар. мегафенни фактори, които рязко изменят фенотипа.
- Втората е групата на т. нар. микрофенни влияния, които се характеризират със сумарен патогенен ефект и предизвикват обикновено лека умствена изостаналост.

Голяма група екзогенни генетични фактори водят до структурни и функционални изменения на централната нервна система и детерминират появата на различна по тежест умствена изостаналост. Част от генетичните фактори, съчетани с неблагоприятни социални условия, възпрепятстват реализацията на потенциалните възможности. Хебер (1986, цит. по Матанова, 2003) подчертава значението на конкретната увреда, а не времето на възникването ѝ. Той обединява етиологичните фактори в няколко основни групи: инфекции, интоксикации, травми или физически агенти, нарушения в метаболизма, ръста или храненето, новообразувания, неизвестни пренатални вли-

ания, неизвестни и неопределени причини със структурни проявления, неопределени психични причини с функционални прояви.

Според Джун (1991, цит. по Матанова, 2003) причинните фактори са свързани с два основни показателя:

1. Времето на възникване – пренатално, перинатално и постнатално.

2. Вида на причината – хипоксемична, токсична, възпалителна, травматична, хромозомна, хормонална, дегенеративна и др.

Известно е, че колкото по-късно е действал патогенният фактор, толкова по-минимални ще са отклоненията в умственото развитие и обратно – ранното въздействие на патогенния фактор довежда до тежки нарушения в психичното функциониране.

Установено е, че една и съща вредност, действаща през различни етапи от онтогенезата, предизвиква различни нарушения. Много често последствията от различни фактори имат сходни или дори еднакви последици. Ето защо степента на умствената изостаналост зависи главно от това в кой период от онтогенезата е имало вредно въздействие. Факторите на външната среда, които могат да доведат до поява на екзогенно обусловени форми на умствена изостаналост, са изключително разнообразни: нарушено хранене на майката по време на бременността, вътреутробни инфекции и интоксикации, имунологична несъвместимост между плода и майката, хипоксии и родови травми, постнатални травми и т. н. Много малка част от предизвиканите от тези фактори симптоми имат клинична специфичност.

Според МКБ-10 степените на умствената изостаналост са лека, умерена, тежка и дълбока. В рубрика F-70 на МКБ-10 е кодирана леката степен на умствената изостаналост. Квотиетът на интелигентност (IQ), измерен чрез стандартизирани тестове за интелигентност, е в интервала от 50 до 69. Такива индивиди усвояват речта и навичките за самообслужване със закъснение, но достигат нивото на ежедневната, битова реч и са в състояние да се самообслужват, както и да се занимават с невисококвалифициран труд. Много често в тази група се наблюдава емоционална и социална незрялост, което пречатства съобразяването със социалните изисквания и изпълнението на социалните норми. При около 50% от случаите с лека степен на умствена изостаналост не се открива органична етиология.

В рубрика F-71 е кодирана умерената степен на умствена изостаналост. IQ е в границите между 35 и 49. Възможностите за развитие

на вербалните умения са доста ограничени. Драстично изостава и овладяването на навичките за самообслужване. При някои индивиди остава постоянната нужда от присъствие и контрол. Много често се наблюдава диспропорция в достиженията. В около 50% от случаите с умерена степен на умствена изостаналост се наблюдава органична етиология. Не са редки и случаите на съпътстващо протичане на епилепсия, неврологични и соматични заболявания.

В рубрика F-72 е кодирана тежката степен на умствена изостаналост, където IQ варира от 21 до 34. При повечето индивиди от тази група са налице изразени двигателни нарушения и/или други дефицити, свидетелстващи за значителна увреда в централната нервна система.

Дълбоката степен на умствена изостаналост е под рубрика F-73, където IQ е под 20. Общуването е на ниво рудиментарни форми на невербална комуникация, езиковата система не се развива. Повечето от лицата с дълбока умствена изостаналост са неподвижни или със силно ограничена подвижност, с невъзможност за регулация на тазово-резервоарните си функции. Нуждаят се от непрекъснати грижи и контрол. В болшинство от случаите е налице органична етиология. Често се съпътства от тежки неврологични, сензорни и соматични нарушения.

С рубрика F-78 е кодирана „друга умствена изостаналост“. Под това наименование се имат предвид случаите на умствена изостаналост, наблюдаваща се паралелно със сензорни, соматични или поведенчески нарушения. При 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. Съществува още една група – умствена изостаналост с неуточнена етиология, кодирана в F-79. Към тази група причисляваме само случаите когато нямаме достатъчно информация за отнасяне на лицата към една от гореспоменатите категории.

При всичкото многообразие на умствената изостаналост, могат да бъдат отбелязани и някои общи черти, които се свързват с недоразвитието на психичната дейност, особено на познавателните процеси и на личността. Другата обща характеристика се основава на това, че водещата роля в структурата на психичния дефект имат нарушенията на висшите страни на познавателната дейност, най-вече на абстрактното мислене, при относително добро развитие на

по-старите във филогенетично отношение компоненти. В ранното детство нарушенията на познавателната дейност се проявяват като изоставане в развитието, изменение в емоционалните реакции, изоставане в развитието на езиковата система и речта, слаб познавателен интерес и т. н. В училищна възраст водещи в клиничната картина са конкретно-ситуативният характер на мисленето, невъзможността за обобщение, неспособността за диференциация и класификация. В юношеството на преден план изниква незрелостта на личността – повишената внушаемост, некритичност, неспособност за самостоятелни решения, импулсивност, ситуативна зависимост на поведението и др. Умствената изостаналост е свързана с изменение на всички психични процеси, което се демонстрира като нарушения в перцепцията, вниманието, паметта, емоциите, неадекватността на афекта по отношение на събитието, недостатъчната инициатива и липсата на борба на мотивите. Езиковото развитие при умствената изостаналост се характеризира с късно начало и бавна скорост на прогресиране. Налице са голямо количество щампи, неразгърнатата фразова реч, аграматизъм, артикулационни нарушения и др.

От гледна точка на теорията на Пиаже, когнитивното развитие на умствено изостаналото дете се характеризира с по-бавен прогрес през отделните когнитивни стадии и с по-ниски стойности на цялостното развитие. Поради своята пасивност и дезинтересираност още в ранните етапи на развитие, такива деца започват вторично да изостават поради недостатъчната стимулация и непълноценната интеракция със заобикалящата среда. Техните стадии на развитие са разтегнати във времето, като всеки следващ стадий е все по-дълъг, докато развитието спре. Децата с дълбока умствена изостаналост не могат да надскочат сензомоторния стадий на развитие. Те могат да придобият умения за хващане, манипулиране с обектите, дори да постигнат разбиране за постоянството на обектите, както и да усвоят основни социални умения, но тяхното функциониране остава на нивото на двегодишно дете. Нивото на развитие на индивидите с тежка умствена изостаналост е сравнимо с нивото на развитие на общата популация между две и четири години, т. е. предоперационния стадий. Макар речта да се използва за комуникация, тя остава изключително елементарна. Наблюдава се тежък дефицит в когнитивните структури, особено при прогнозирането на събития. Умерената умствена изостаналост е сравнима с периода от четири до седем годи-

ни или с т. нар. етап на прелогичното мислене. Такива деца могат да изграждат абстрактни понятия, но стратегията за решаване на проблеми е от типа на проба – грешка. Леката умствена изостаналост се доближава до общата популация от седем до единадесет години или етапа на конкретните мисловни операции.

Формирането на личността предполага паралелно развитие на когнитивните, емоционалните и социалните структури. Нивото на когнитивно развитие е крайъгълният камък за емоционално и социално израстване. В ежедневната практика обаче е възможно нивото на социално функциониране да надрасне когнитивното ниво, но това обикновено е в резултат на специално обучение в защитена среда.

Ниските социални умения се обуславят и от изолираността на тези индивиди, и от игнорирането на социалните интеракции с другите, и от несъобразяването с факта, че детското развитие до голяма степен се влияе от общуването с връстници и т. н., което е начин да се преодолее сегрегацията и се постигне по-добро ниво на развитие на тези индивиди.

## **II. Диференциране на умствената изостаналост от други сходни състояния**

Особено важна задача на диференциалната диагностика е отграничаването на умствената изостаналост от други сходни състояния. Тази задача се затруднява и поради факта, че в областта на патологията на развитието няма симптом, който да е строго специфичен и по наличието или отсъствието на който, би могло да се постави нозологична диагноза. Като повод за обсъждане на интелектуалното развитие на детето обикновено служат ниските му училищни достижения. Това е една от най-честите грешки, допускани от педагози, поради неинформираност или некомпетентност, но за съжаление те имат и морално измерение.

Нарушения, които трябва да бъдат диференцирани от умствената изостаналост са речевите и езиковите. Речевите и особено езиковите нарушения са един от характерните признаци на децата с умствена изостаналост. За да се установи дали е съхранен интелектът при деца с речеве и езикови нарушения, е необходимо да се установи преди всичко способността им да изпълняват успешно задачи, без участието на речта. Трудностите при диференциалната диагностика,



произтичат преди всичко от това, че няма ясни и точни обективни критерии за умствена изостаналост, още по-малко, обективен инструмент, с който да бъде измерен интелектът. Всички техники са в значителна степен субективни и много зависими от жизнения и професионален опит на изследователя. Голяма част от диагностичните методики се състоят от материал с абстрактно-познавателен характер, решението на който се определя от обучението и средата. Освен това групата на децата с умствена изостаналост е твърде разнородна, а проявите ѝ вариативни, което поставя под съмнение резултатите от едни и същи методики при всички деца с умствена изостаналост. В множество изследвания убедително се доказва, че нивото на познавателната активност, на социалната адаптивност, волевата регулация, както и емоционалните реакции на успех – неуспех, в значителна степен се определят от ситуационни фактори и оказват влияние на изпълнението на интелектуални задачи.

От основно значение е ранната диференциация на детския аутизъм от някои случаи на умствена изостаналост. Често в случаи на неблагоприятни социални условия, както и на усложнени форми, предимно с церебрално органичен произход, е възможно да се появи умствена изостаналост. Диференциалната диагноза е особено правомерна в онези случаи, в които наблюдаваното умствено изоставане се определя не от реално интелектуално недоразвитие, а от особености в поведението и дейността на детето. Следователно, най-честата причина за диагностична грешка е самият аутистичен синдром, свързан с нарушение в контактите с околните.

Децата от първата група често се приемат за умствено изостанали, поради липсата на т. нар. „комплекс на оживление“, интерес към майката и другите близки, към мимиката на човешкото лице. Слаби са и реакциите при дискомфортни въздействия на средата – глад, болка и др. През ранното детство диагностиката се усложнява от липсата на речеви реакции, на навици за самообслужване и недоразвитието на игровата дейност. Основните отличителни белези най-често са свързани с някои зрителни и двигателни прояви. При децата с умствена изостаналост присъства желание за зрителен контакт с околните и не се наблюдава негативизъм при промяна на обстановката. Но много по-силно изоставя пространствената ориентация. Моторното развитие на умствено изостаналите се отличава с прояви на адинамия или чести безцелни тромави движения. Не

се среща типичната за аутистичното дете изразителна пластичност на ръцете.

Диагностичните грешки при децата от втората група се дължат на сходни с умствено изостаналите неадекватни контакти със средата – трудности в привличането на внимание към определен предмет, в изграждане на най-елементарни битови навици, забавено речево и двигателно развитие. Като диференциални признаци могат да се отбележат също липсата на несвойствени страхове при умствено изоставащите деца, на особености в интонацията на речта, на нелогизми и ехолалични прояви. Не се срещат и типичните за аутистичното дете прояви на автостимулация и интерес към знаци и символи.

Децата от четвъртата група се доближават до умствено изостаналите по своята пасивност, неизразени интереси, бедна реч и забавено развитие на фината моторика. От голямо значение за правилната диференциация от умствената изостаналост, е анализът на механизмите в развитието през първите две години от живота. При децата с аутизъм се наблюдава явен асинхрон в йерархията на психичните функции, като тези с по-сложна структура и по-късна проява в нормалния онтогенезис демонстрират изпреварващо развитие.

#### I. Исторически преглед

През 1845 г. Хенрих Хофман публикува книга „Филип-непоседа“, в която се говори за момче, наречено „шавливия Фил“. Героят е бил описан като неуморен, невнимателен, със затруднена концентрация и „морални проблеми“. Хиперкинетичният синдром е описван в медицинската литература с различни наименования. През 40-те години се използва терминът „минимална мозъчна увреда“. Симптомите на синдрома се дължат на малки лезии в мозъка, които не водят до отпадни неврологични симптоми, но причиняват симптомите. През 50-те години хиперкинетичният синдром с дефицит на внимание е наричан „минимални мозъчни дисфункции“ (ММД), през 70-те – „хиперактивен детски синдром“, през 80-те – „нарушение с дефицит на внимание“.

Синдромът на хиперактивност се определя като нарушение на поведението в детска възраст, при който изразеното нецеленасочено двигателно безпокойство води до нарушения в концентрацията на вниманието и предизвиква значителни затруднения при изпълнението на структурирани задачи.

Едва през нашия век се налага концепцията, че хиперактивността е нарушение на поведението, което се отразява върху процесите на ученето, макар че съществува и мнение, че това е артефакт, обусловен от променящите се концепции за обучението. Синдромът на хиперактивност включва група от хетерогенни състояния с различна етиология. Съществуват определени данни за наличието на генетичен фактор за появата на тези нарушения, но данните са твърде противоречиви.

В наше време хиперактивността се разглежда като комплекс от симптоми, сред които водещи са изразеното двигателно безпокойство, невъзможността за съсредоточаване, импулсивността и емоционалната лабилност. Голяма част от хиперактивните деца се отличават с несръчност и диспраксии. При някои от тях се развива компенсаторно ограничително поведение. Снизена е реакцията на болкови стимули, те не са способни предварително да планират дей-

ността си, често демонстрират изблици на гняв и раздразнителност. Особено характерни са трудностите на трансфер на информация от една сензорна модалност към друга.

## II. Епидемиология

Синдромът на хиперактивност с дефицит на внимание е от най-често срещаните нарушения на развитието. Смята се, че засяга от 3 до 7% от децата в ранна училищна възраст. По данни на Американската асоциация на психолозите и психиатрите синдромът се открива при 3 до 5%. По данни на руски учени честотата на синдрома в училищна възраст е 7,6%. Пиковата възраст на поява е между 6 и 7 години, но някои симптоми могат да се срещат още преди 5-годишна възраст и дори преди 2-годишна възраст.

При момчетата синдромът се наблюдава 3 – 4 пъти по-често. Оставащо без лечение, това нарушение често персистира в юношеството и в зрялата възраст, като излага индивида на сериозен риск от редица абнормности в личностовото развитие и социалното функциониране.

## III. Биологични етиологични фактори

### 1. Наследственост

Синдромът на хиперактивност с дефицит на внимание (*Attention deficit-hyperactivity disorder, ADHD*) се среща по-често в някои семейства и децата с ADHD по-често имат родственици с анамнеза за алкохолизъм и/или депресия, obsесивно-компулсивно разстройство и синдром на Жил дьо ла Турет. Наследствените фактори могат да засегнат мозъчното функциониране в зони, отговорни за инхибирането и модулирането на поведението. Хиперактивността е вродена характеристика на темперамента, с биохимични параметри, с ниска реактивност на централната нервна система. С това се обясняват нарушенията в инхибиторите на мозъка, в ретикуларната формация, като последното е обусловено от задръжка в съзряването.

Учените обаче все още не могат да посочат конкретен механизъм на унаследяване на ADHD. Факт е обаче, че в анамнезата на децата с ADHD по-често се съобщава за роднини с аналогични нарушения. При 20 – 30% от родителите на тези деца също са имали ADHD.

Cantwell (1975, цит. по Матанова, 2003) съобщава, че повишена двигателна активност се е наблюдавала при 8 от 50 бащи, а в контролната група това съотношение е 1:50. Willerman (цит. по Матанова, 2003) изследва 93 двойки близнаци. Корелационната зависимост при хомозиготните близнаци, за разлика от хетерозиготните, е висока. Това дава основание на автора да счита, че е възможно да се предскаже наличието на хиперактивност у втория хомозиготен близнак, докато при хетерозиготните такава възможност липсва.

Изследванията на осиновени деца не показват различия в заболяемостта при децата, чиито биологични родители са страдали от ADHD. Няма обаче достатъчно лонгитюдни проучвания в подкрепа на идеята за наследствеността като конкретна етиологична причина.

Според една от най-популярните генетични теории в основата на ADHD стоят проблеми във функционирането на ретикуларната формация (РФ). В основата на патогенезата лежат нарушения в активизиращата система на ретикуларната формация, в лимбичната система, в префронталните отдели на кората и в инхибиторните механизми. Ретикуларната активизираща система е координиращ център. Тя има координираща функция по отношение на обучението и паметта, обработването и разпределението на постъпващата информация и активното внимание. Американските невролози Faraone S., Biederman J. (1998, цит. по Матанова, 2003) смятат, че нарушението на активизиращата функция на ретикуларната формация се дължи на недостига на норадреналин, което довежда до невъзможност за адекватна обработка на информацията, постъпваща от невроните. Ретикуларната формация има водещо значение за активизиране на дейността на мозъчната кора и участва активно в цикъла на съня и бодърстването, в активирането на висшите корови функции и други когнитивни процеси. Активизирането на ретикуларната формация води до повишена активност и в мозъчната кора и така обуславя добро протичане на гностичното разпознаване и класифициране на информацията, изграждане на модели на действие, мислене и развитие на всички важни за детето психични процеси. Това активизиране е неспецифично, т. е. мозъчната кора не получава специфична информация, която да обработва. Мозъчната кора просто „се събужда“ и получава достатъчно енергия, за да започне „работа“. Активизирането на мозъчната кора води до коригиращо подтискане на ретикуларната формация. По този начин мозъчната кора и ретикуларната формация взаимно

се контролират на принципа на т. нар. обратна коригираща информация. Смята се, че ретикуларната формация при децата с ADHD има по-малка активност и въздействието ѝ върху мозъчната кора е по-слабо, т. е. активизирането от страна на ретикуларната формация е твърде малко и недостатъчно. Тъкмо поради това децата с ADHD постоянно търсят външни специфични дразнители, най-често моторни, които да изпращат информация към мозъчната кора, за да поддържат нейното функциониране в необходимото активно състояние. Те непрекъснато сменят обекта на своето внимание, скачат от един стимул на друг пак със същата цел.

В подкрепа на тази теория са множество изследвания с ЕЕГ (*електроенцефалограма*), както и ефектът от прилагането на някои медикаменти за лечение на синдрома. Известно е, че прилагането на медикаменти, които подтискат активността на коровите мозъчни процеси води до засилване на симптомите на ADHD, докато прилагането на стимуланти дава добри резултати (Barkley, 2006). Предположението е, че тази понижена активност на ретикуларната формация е генетично обусловена и се предава в поколенията като начин на функциониране на определена мозъчна структура, което от своя страна при определени условия на средата, води до поява на ADHD. Всъщност, генетично се предава само особеността на мозъчните структури, която при определени условия ще доведе до поява на това нарушение. Според други изследователи тази „слабост“ на ретикуларната формация може да бъде в резултат от дискретни увреди на мозъка (Barkley, 2006).

## **2. Мозъчни увреди**

Съществуват нови открития в областта на невробиологията, които постулират идеята за движение на специфични неврони от вътрешността на мозъка към определени дялове на кората. Ако този процес на придвижване се промени, забави или не се осъществи, се нарушава нормалното развитие на основните когнитивни процеси, сексуалната ориентация на индивида, неговите емоционално-поведенчески реакции.

Тази динамика е най-интензивна в началните периоди на бременността, при инциденти от раждането – асфиксия и всичко, което може да намали нормалното кръвоснабдяване на мозъчните неврони. Високоспециализираните мозъчни нервни клетки имат изключително голяма нужда от енергия и останали пет минути без кисло-

род загиват. Инфекциозните заболявания на малкото дете са също един от факторите, които могат да доведат до дискретни увреди на мозъчната тъкан. Според тези теории ADHD може да бъде включен в рубриката „минимални мозъчни увреди“ или „минимални мозъчни дисфункции“. Въпреки че някои мозъчни увреди биха могли да обяснят определени дефицити в някои когнитивни процеси, привържениците на това обяснение на синдрома са малко. Така могат да бъдат обяснени само някои клинични случаи или отделни симптоми. Съвсем не всяко дете от тази категория има анамнеза за усложнения при раждането, травми на главата или тежки заболявания.

Твърде често дефицитът на внимание и хиперактивността се съчетават с нарушения от органичен характер – например лека дизартрия, дисфазия на развитието, развитийна диспраксия и др. Ето защо предположението, че ММД могат да бъдат една от причините за ADHD не бива да се отхвърля без сериозни обективни аргументи.

Етиологичните теории за хиперактивност с дефицит на вниманието могат да се разделят условно на три групи:

1. *Невробιологични* – съществува някакъв медиатор (катехоламин, серотонин и др.), който влияе на моториката и оказва влияние върху поведението.

2. *Невропсихологични* – съществува дефицит в механизма на инхибирането, при което отсъства контрол върху поведението от хипокампа.

3. *Невроанатомични* – сравняват поведението на хиперактивните деца с поведението на деца с увреди в лобните дялове, но съвременните диагностични средства (компютърна томография) не дават достатъчно информация за това.

#### **IV. Симптоматика**

В DSM-TR (2000) хиперкинетичният синдром се диагностицира чрез наличието на:

##### **A.**

1. Шест (или повече) от следващите симптоми на **невнимание**, които да продължат поне 6 месеца по начин, който е маладаптивен или неконсистентен на развитийното ниво:

– чест провал в съсредоточаване на вниманието, чести грешки в училищна или друга активност;

- често са затруднени да задържат вниманието си на една задача или на една активност;
- обикновено изглежда, че не слушат когато им се говори;
- обикновено не се придържат към инструкциите, които им се дават и се провалят в домашните работи, всекидневните задължения, както и в задълженията, свързани с работата;
- обикновено са затруднени в организирането на задачите и задълженията си;
- често избягват това, което не им харесва, и не са склонни да се обвързват със задачи, които изискват активиране на менталните процеси;
- често губят вещите, които им са необходими за техните задачи или активности;
- много лесно се разсейват под влияние на външен стимул;
- често са разсеяни във всекидневните активности.

2. Шест (или повече) от следващите симптоми на **хиперактивност – импулсивност** с продължителност поне 6 месеца по начин, който е маладаптивен или неконсистентен на развитийно ниво:

### 2.1. Хиперактивност:

- често мърдане с ръце или крака или въртене на стола;
- често напускат мястото си в ситуации, когато от тях се очаква да останат там;
- по-скоро тичат и се катерят в ситуации, в които това поведение е несъответно;
- обикновено имат затруднения да си играят спокойно в свободното си време;
- винаги са готови да тръгнат на някъде;
- често говорят прекалено много.

### 2.2. Импулсивност:

- често изстрелват отговорите преди да е довършен въпросът;
- имат затруднения в изчакването на реда си;
- обикновено прекъсват и се включват в разговорите на другите.

## Б.

- Наличието им преди 7-годишна възраст – хиперактивно-импулсивни или симптоми на невнимание.



## В.

– Симптомите да присъстват в две или повече области (училище, у дома...).

## Г.

– Трябва да има ясни доказателства за значими дисфункции в социалното и академичното функциониране.

## Д.

– Тези симптоми не са част от генерализирани разстройства на развитието, шизофрения или други психични разстройства.

## V. Класификация

Хиперкинетичният синдром е класифициран с диагностичните си критерии и в Американския диагностичен и статистически наръчник (DSM-IV-2000 г.) и в Международната класификация на болестите (МКБ-10). Според общоприетите диагностични справочници нарушението се разделя на:

1. Преимуществено *хиперактивно-импулсивен* тип – който не показва значимо невнимание.

2. Преимуществено *невнимателен* тип – който не показва значимо хиперактивно и импулсивно поведение.

3. *Комбиниран* тип – който показва невнимателност и хиперактивност – импулсивност.

Въпреки всичките разногласия единодушно се приемат само трите основни симптома:

- хиперактивност;
- импулсивност;
- невнимание.

Някои от изследователите смятат, че има и други две основни характеристики:

- проблеми в следването на правилата и инструкциите и
- екстремно непостоянство в отговорите към ситуацияите.

Но според един от най-известните изследователи на това разстройство – Бъркли, тези характеристики на хиперкинетичното разстройство са симптоми, които произлизат от първичния проблем – дефицит във възможността за подтискане на поведението, т. е.

първичният проблем при това разстройство е нарушение в самоконтрола.

## **VI. Насоки за работа**

Подрастващите с ADHD обикновено имат комплексни нужди и са индикирани за мултимодални интервенции, които едновременно да подобряват когнитивните разстройства, личностовото развитие и поведението им. Съветването и обучението в отделни терапевтични техники трябва да бъде насочено и към родителите, учителите и съучениците.

### ***Послания към учителите***

1. Децата с ADHD не са лоши, а имат специфични проблеми и се нуждаят от грижи.

2. Децата с ADHD могат да коригират своето поведение и да станат адаптивни, когато получат грижи в семейството, в училището и от професионалистите.

3. Децата с ADHD помагат на останалите свои връстници да се научат да добруват, да бъдат благородни, когато са толерантни и грижовни към тях.

4. Децата с ADHD могат да развият умения за „когнитивно преpraщане“ в ситуацията – мозъкът да се научи на когнитивна преработка преди действието. Най-напред това умение се придобива, когато децата са спокойни. Може да учим мозъка, когато угасим „емоционалната жарава“.

5. За децата с ADHD времето върви много бавно. Най-важното е да забавим техните психични процеси и да ги научим да бъдат търпеливи. Затова с тях говорим за годината, а не за човешкия живот.

6. Трябва да сме внимателни и грижливи, за да научим децата да отстъпват от ръба на пропастта, в която са се научили да скачат, когато им стане напрегнато. За тях това е трудно и бавно и спокойно трябва да опитаме. Ако успеем веднъж да го направим, веднага го свързваме с удоволствие от поощрение, мило отношение, обич, за да го закрепим и после да го повторим. Така това може да стане процес.

7. Всяко постижение трябва да се поощрява, за да носи удоволствие и да развие позитивна самооценка. Добър подход на стимул за работа е *жетонната система*, която поощрява всяко постижение

през удоволствие и стимул. Всяко постижение трябва веднага да се награждава, да е съизмерно на постижението, за да развива умения за самоконтрол.

8. Ако се налага „наказание“ за безотговорно и нехайно поведение, то се прави непосредствено, без отлагане, дозирано и да дава шанс за коригиране.

9. Научете родителите на ефективни методи за даване на „заповеди“ (указания) и поставяне на правила (например установяване на очен контакт с детето, да не се дават много указания наведнъж, указанията да се формулират по позитивен начин). При сътрудничество детето да получава позитивна подкрепа. Използвайте конкретни проблемни ситуации (например по време на хранене) за трениране на тези умения.

### ***Послания към родителите***

1. Използвайте жетонна система, за да възнаградите подходящото поведение в конкретната ситуация.

2. Като цяло трябва да бъдат използвани предпочитани дейности като допълнителна подкрепа (като съвместни занимания в свободното време, време за игра с родителите). Материалните награди трябва да се използват предпазливо и сравнително рядко.

3. Използвайте „наказания“ при по-сериозни форми на несътрудничество от страна на детето, само ако негативните последици към проблемното поведение не са ефективни.

4. Прилагайте наказанията веднага, а не ги отлагайте.

5. Осигурете бедна на сензорни стимули домашна среда.

6. Осигурете условия за активна почивка на детето, особено при изпълнение на структурирани задачи.

Прилаганите родителски интервенции трябва да бъдат обяснени много ясно на родителите, като специалистът проследява изпълнението им внимателно, за да не добият наказателен характер.

## **VII. Терапевтични принципи**

Терапията при децата с хиперкинетично разстройство трябва да бъде насочена към това да се приемат такива, каквито са. Особено ценно в това отношение е да могат да споделят неприятните си мисли и чувства, да оценяват моделите си на поведение, да овладеят алтер-

нативни начини за справяне с емоциите си и др. Особено важно е такива деца да живеят и учат в обстановка с малко количество сензорни стимули, които периодично да бъдат сменяни.

Всяка задача при тези деца трябва да бъде разделена на съставлящите я части, така че всяка част да завършва с видим за детето резултат. Поради лесното настъпване на умора, на децата с хиперкинетичен синдром е необходима почивка на всеки 30 – 40 минути.

Ангажираността с много и различни дейности не е препоръчителна, тъй като още повече засилва проявите на хиперактивност.

За много от носителите на това нарушение и техните родители е полезно присъединяването към групи за взаимопомощ. Това все още е не особено популярна терапевтична практика у нас. В тези групи се осъществява и тренинг на родителски умения, в който се овладяват техники за справяне с поведенческите проблеми.

Един от ефективните начини за моделиране на детското поведение е системата за награди и наказания. Задължително е родителите да идентифицират няколко типа поведения, които биха искали да стимулират. Това винаги трябва да се съпътства с ясно обяснение за това какво точно се очаква от детето и в какви ситуации този тип поведение може да бъде поощрявано.

Важно е също родителите и специалистите да могат да структурират ситуацията по начин, който позволява на детето да достигне до успех.

*Дислексия на развитието* е състояние, което все още е недостатъчно познато сред широката общественост, държавните и училищните институции. Често децата с дислексия се етикетират като „умни, но мързеливи“, „разглезени“, „умствено изостанали“ или „болни“ от неясно заболяване, което пречатства развитието на четенето и писането.

Едновременно с това, основна концепция в интерпретацията на този феномен, е т. нар. „несъответствие между потенциалните възможности на индивида и неговите реални постижения“ (вж Матанова В., 2001), което несъответствие по всяка вероятност се дължи на „различен тип преработка на информация, който ограничава развитието на грамотността“ (Reid G., 1994). Възглед, който определя дислексията като особено актуална и твърде експлоатирана тема от специалисти, свързани с различни области на научното познание и интересувачи се от човека и неговото развитие – психолози, логопеди, медици, лингвисти. Свидетели сме и на сериозен обществен интерес от страна на институции, неспециалисти и родители, които се опитват да намерят отговор на въпроса „Защо интелигентното дете демонстрира училищни затруднения?“.

Промененото разбиране, че не интелектуалното функциониране определя училищния успех, води до световна тенденция за нарастване броя на децата с трайни затруднения в процесите на учене и научаване, като процентът на диагностицираните дислексии в различните държави варира около 10%. В България според епидемиологично проучване, реализирано за град София (септември, 2011, Логопедичен център – София), около 18% от децата в начална училищна възраст изпитват трудности в процеса на учене. Част от тази популация (7%) демонстрира специфични нарушения или дислексия. Един от сериозните проблеми тук е, че често родителите, учителите и личните лекари на тези деца не са запознати с дислексичните симптоми, не знаят към кого да се обърнат за помощ и кои са специалистите, които подsigуряват адекватна диагностика и подходяща последваща интервенция.

Важно е да се знае, че дислексията не е болест или увреждане, а състояние, което оказва влияние върху развитието на различни области от функционирането, като – четене, писане, математически умения и мислене, пространствени ориентации, организационни умения, зрително-моторна координация, езикова преработка на информация, за сметка на средно и над средно интелектуално функциониране, творчески заложби и креативност.

## I. Дефиниране на понятието

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. Както вече беше споменато, често са етикетирани като „мързеливи“ или „глупави“. Специалистите обаче наричат това състояние *дислексия* или *специфични нарушения на способността за учене*. Съдържателно двата термина отразяват едни и същи явления, но са изградени на основата на различни модели.

Терминът „дислексия“ е изграден на основата на *клиничния модел* и обозначава нозологична единица, която очертава терапията и прогнозата на нарушението. Налага се като професионален термин, предпочитан в научните среди. Произхожда от гръцката дума *dyslexia* и в буквален превод означава „затруднение с думите“. За първи път се използва през 1887 г. от австрийския невролог Dr Berlin за обозначаване на „изолирани нарушения в четенето при деца със съхранено интелектуално функциониране“ (Selikowitz M., 1995).

Терминът „специфични нарушения на способността за учене“ (specific learning disabilities) е изграден на основата на *социалния модел* и изразява описателен термин, който е достатъчно обнадеждаващ и неетикетиращ, подходящ за използване пред родители и широката общественост.

През последните десетилетия дислексията постепенно разширява значението си и се свързва с нарушения в *четенето*, *писането* и *смятането*, които корелират със:

- 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,
- нарушение в надмодалната перцепция,
- особености на краткосрочната памет,
- дефицит в цялостната преработка на информацията чрез сензорните системи.

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 генезисни 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 началния етап от обучението) и поведенческото функциониране (в прогимназиалния и в гимназиалния етап 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, на сензорни нарушения (слухова увреда, зрително затруднение), на тежки емоционални разстройства и моторни нарушения, въпреки че може да съжителства с тях.

## **II. Етиология на дислексичните прояви**

Един от основните изследователски проблеми в областта – дислексия на развитието, е свързан с факта, че независимо от сериозните проучвания и наличието на широк кръг от етиологични хипотези, все още специализираната литература не предлага еднозначен отговор на въпроса: кое е това, което я причинява.

Спецификата на развитийните нарушения определя една не толкова ясна клинична картина по отношение на етиологичните фактори, в която по-скоро се търси наличие на функционален дефицит, отколкото органична увреда. Дислексията на развитието основно се свързва с дефицит в преработката на информация в отделните мозъчни структури.

### **1. Липса на функционална специализация на мозъка**

Това е една от най-старите етиологични хипотези за дислексия, която е свързана с идеята за дефективно функциониране на графем-



ната обработка, дължащо се на функционална асиметрия, т. е. неустановена доминантност на лявата или дясната хемисфера. Според привържениците на тази теория, в резултат на нарушената връзка между двете хемисфери се наблюдават нарушения, свързани с езиковото развитие и формирането на пространствените и времевите представи. Още през 1937 г. Ортон придава голямо значение на пространствената ориентация при четивни проблеми. Според него, дислексичните деца проявяват нарушения при кодирането на информация за ориентация, поради „недоразвитие на хемисферната доминантност“. Тези нарушения обаче се проявяват най-вече при обработката на лингвистични стимули. Теорията се потвърждава и от някои по-нови изследвания. От своя страна, клиничната практика доказва, че голяма част от популацията деца с дислексия демонстрира наличие на т. нар. кръстосана доминантност. Въпреки съществуващите доказателства трябва да направим уговорката, че това едва ли е единствената причина за появата на дислексия.

## **2. Забавено съзряване на лявата мозъчна хемисфера**

Друг известен модел за разбирането на невропсихологичния дефицит при дислексия е теорията за забавено съзряване на лявата мозъчна хемисфера. Според тази теория дислексията се свързва с незрялост, определяща особености в отделните параметри на познанието. Следователно, забавеното съзряване се съчетава с когнитивен дефицит, като те заедно рефлектират върху езиковото функциониране и съответно върху механизмите за овладяване на писмената форма на речта.

## **3. Функционална сензорна дезинтеграция между зрителната и слуховата преработка на вербалните символи**

Сензорната интеграция предполага приемане, преработка, интегриране и подреждане на сетивните усещания. Зрителните и лингвистичните (фонологичните) компоненти на информацията се съхраняват и преработват в различни мозъчни структури. Зрителната информация е двустранно латерализирана, което поражда трудности в графемо-фонемното съотнасяне и в механизмите на перцептивно и езиково кодиране. Смята се, че функционалната дезинтеграция между слуховата и зрителната преработка на вербалните символи е детерминант по отношение на четивните проблеми. Симптомите на

една недобре функционираща сензорна интеграция се проявяват в различни сфери на психичното функциониране, между които: езикови нарушения, трудности в координацията и фината моторика, трудности в ученето като цяло.

#### **4. Генетична хипотеза**

Много от етиологичните теории за дислексия разглеждат наследствената обусловеност на четивните проблеми. Генетичната хипотеза се основава на честотата на дислексичните прояви при членове на една и съща фамилия. Хипотезата е формулирана в началото на ХХ век. През 1950 г. Hallgren изследва 276 деца с проблеми в четенето и установява, че при 88% от случаите член на семейството е имал подобни затруднения. Debrey (1980) констатира наследствена обремененост при 62% от случаите с дислексични прояви. Според Rutter (1978) дислексията се среща с по-голяма честота при индивиди от мъжки пол в съотношение 4:1. Учени от университета в Колорадо (1998) твърдят, че са открили част от шеста хромозома, която е свързана с нарушенията при четене (вж. Матанова, 2001).

Дислексичните симптоми се обясняват още и с някои невропсихологични и когнитивни дефицити, като: нарушения на зрителния гнозис, нарушения на слуховата перцепция, нарушения на зрително-моторната координация, паметови дефицити, нарушения на зрително-пространствените умения и особености на езиковото функциониране, които ще бъдат разгледани по-долу, във връзка с представянето на диагностичните критерии.

### **III. Диагностични критерии**

#### **1. Изключващи 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.

## **2. 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).

## **3. 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.

## **4. 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.

## **5. Специфични грешки в четенето – декодиране и разбиране**

Специфичните грешки се изразяват във:

- 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.

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 съотношение). 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 осмислянето му и препредаването му.

## **6. Специфични грешки в писането – кодиране и разбиране**

Специфичните грешки се изразяват във:

- 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.

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.

## **7. Специфични грешки в развитието на математическите умения и математическото разбиране**

Грешките са с голяма вариабилност и засягат различни области на математическото функциониране:

- математическо разбиране (разбиране на количествената характеристика на числата); оперативни функции (разбиране на елементарните математическите операции – събиране, изваждане, умножение, деление);
- селективен процес за аритметични операции (избор на подходяща операция за решаването на даден проблем);
- паметов дефицит, свързан с последователността;
- нарушена способност за установяването на определен числов ред;
- проблеми на вербалната експресия (устното изговаряне), отнасящи се до възпроизвеждането на математически термини и концепти;
- затруднено разбиране на абстрактни математически символи, което е свързано с практически затруднения по алгебра;
- трудности при съотнасянето графичен символ-число;
- затруднена класификация на определени предмети в група;
- неразбиране на фактите: съхранение на количеството, установяване на съответствието едно към едно;
- 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.

## **8. Особенности на езиковото 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 дислексиците не използват фонологичните кодове в същата степен както нормолексиците.

Хипотезата за специфичен фонологичен дефицит, съпътстван от дефицит в краткосрочната памет, се потвърждава и от някои изследвания на способността за вербално повторение. Дислексиците 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 (1985) показва, че дислексиците се справят по-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.

### 9. 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.

### 10. Особенности 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 графеми:

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.

### 11. Особенности на слуховата преработка на информация

Затрудненията тук се изразяват в замени на такива графеми, чиито фонемни 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.

## **12. Дефицити 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 във:

- 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 графемите;
- 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.

## **13. Дефицит в 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.

## **14. 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.

## **15. Проблеми на емоционалното, поведенческото и социалното функциониране**

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 етикетирание, 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 психо-соматични симптоми (повръщане, анорексия, безсъние). Тук обаче остава отворен въпросът, дали всички тези реакции са фон, предшестваш появата на дислексия, или по-скоро са следствие от това състояние на непрекъснато повтарящ се неуспех.

## **16. 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. 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 в социалните умения, както и да засягат някои емоционални и поведенчески аспекти.

#### **IV. Възможности за разпознаване на дислексията**

Най-рано диагнозата *дислексия на развитието* може да бъде поставена във възрастта между 8 години и 8 години и шест месеца, тъй като трябва да се съобразим с два основни диагностични критерия, които я определят:

1. Основният и обединяващ симптом в хетерогенната група на децата с дислексия са специфичните нарушения в овладяването на процесите четене и писане. Следователно, децата трябва да са в начална училищна възраст, която по правило предполага развитието на тези умения (не по-рано).

2. На детето трябва да бъде предоставено достатъчно време за ограмотяване и автоматизиране на този процес. Съществува категория деца, при която четенето и писането се развиват с по-бавни темпове, но в процеса на училищно обучение и със съответна подкрепа постепенно затрудненията се преодоляват.

Важно е да се знае, че диагнозата „дислексия“ съпътства индивида през целия му живот. Независимо от реализирания добър потенциал на тези индивиди, за тях четенето и писането си остават недобре автоматизирани процеси (сравнено с уменията на нормолексиците), в които процеси се наблюдават редица специфични дислексични грешки. Ето защо, за специалистите (а и не само за тях) е от значение да се избегне излишното етикетирание на децата, което пък от своя страна да провокира допълнителни проблеми, свързани с функционирането на личността като цяло.

Безспорно съществуват прояви, които могат да ни ориентират и преди възрастта 8 години, че е възможна появата на дислексия. Част от тези симптоми са възможни предиктори за нарушението още в предучилищната възраст и в етапа на най-първоначално ограмотяване. Познаването им би позволило на родителите и учителите да потърсят навременна консултация със специалист, което от своя страна да подсури съответна превенция на множество бъдещи проблеми.

### **В предучилищната възраст такива симптоми са:**

1. Затруднения при изговарянето на многосрични думи.
2. Затруднения при запаметяването на стихотворения наизуст.
3. Затруднено научаване на имена.
4. Несръчности и некоординираност в движенията (връзване на връзките на обувките, хвърляне и хващане на топка, самостоятелно обличане и хранене).
5. Затруднения при посочването на пространство, време и посока (ляво – дясно, горе – долу, пред – зад, преди – после).
6. Затруднения при използването на думи, които назовават пространство, време, посока.
7. Трудности при запомняне на последователността на сезоните, дните от седмицата, месеците от годината.
8. Затруднение при овладяването на умения за качествен и количествен звуков анализ на думи (определяне броя на звуковете в думата; отделяне на първи или последен звук от думата; определяне мястото на даден звук в думата – начало, среда, край).

### **Дислексията се проявява основно в начална училищна възраст, където могат да ни ориентират широк кръг от симптоми:**

1. Много трудно запомня цялата азбука в началния етап от грамотяването.

#### **2. При четене:**

– Бърка буквите, които имат визуална прилика (Е – Ш, П – Т, б – д) или такива, чиито звукове са близки (с – з, р – л, ч – ц).

– Обърква се при визуално-сходни думи: ПЕТ – ПОТ, КОСА – КОЗА.

– Непрекъснато препрочита текста, за да го разбере или не разбира какво е прочел.

– Затруднено следи редовете.

#### **3. При писане:**

– Предпочита да използва печатни, а не ръкописни букви.

– Бърка буквите, които имат визуална прилика (п – т, т – ш, ч – ъ) или такива, чиито звукове са близки (с – ш, п – б, м – н).

– Много трудно се изразява в писмена форма.

– При писане речникът е много по-беден, отколкото в устния език.

– Допуска пунктуационни грешки.

#### **4. При смятане:**

- Бърка цифри, които имат визуално сходство.
- Трудности при овладяването на елементарните сметни операции (събиране, изваждане, умножение, деление).
- Трудности при пресмятане с преминаване през десетица.
- 5. Затруднена ориентация по часовник.
- 6. Трудно запомняне на месеци и дати.
- 7. Трудно запомняне на часове и поредност на учебната програма.
- 8. Организационни проблеми с планиране на времето.
- 9. Продължава да бърка посоките ляво – дясно.
- 10. Затруднено организиране на обектите в пространството, лоши пространствени умения като цяло.

#### **Част от тези затруднения са характерни и за средната училищна възраст:**

1. Четенето продължава да е неточно.
2. Продължава да допуска специфични или правописни грешки.
3. Изпитва затруднения в произнасянето на дълги, непознати и многосрични думи.
4. Обърква местоположения и дати.
5. Налице са ниска самооценка и лоша самоувереност.

Важно е да се знае, че съществуването на тези симптоми не означава непременно, че детето е с дислексия. Това са маркери в когнитивното и психичното функциониране на децата, които изискват насочване към съответен специалист (логопед или психолог), който да извърши необходимите диагностични процедури, да назначи подходяща интервенция и специални условия за учене.

Често дислексията остава незабелязана в училищна възраст. Поради добрите си потенциални възможности и попадането в категорията на „много умните, но мързеливи деца“, някои дислексици преминават относително безболезнено през училищното си обучение и затрудненията им могат да се открият едва в периода на университетското им обучение.

#### **Диагностични симптоми, демонстрирани от студентите с дислексия могат да бъдат:**

##### **1. Четене:**

– Замени на букви при четене. Могат да се изразяват в замяна на *визуално сходни графемни*: такива, които имат еднаква форма, но са различно разположени в пространството (Е – Ш) или такива със сходна форма и елементи (Л – П, П – Т, М – Л, А – А, а – о). Характерни са още и замените на *акустично сходни графемни*. На гласни: четат *ни* вместо *не*, или *кун* вместо *кон*; на съгласни (най-често на сонори, съскави/шушкави, звучни/беззвучни): четат *наса* вместо *маса*, *биле* вместо *пиле* и т. н. Наблюдават се и затруднения в оперирането с дифтонгите (и техните графемни) Ю и Я, както и с глайда Й.

– Пропускане на графемни. Най-често се пропускат буквите на гласните звукове, например, четат *катрица* вместо *катерица*.

– Разместване на позицията на буквите в думите или разместване позицията на цели срички. Например, четат *патса* вместо *паста* или *прореждрането* вместо *подреждането*.

– Често изпускат (не обръщат внимание) на предлози, съюзи, частици.

– Графемно-фонемното съотнасяне става значително по-бавно. По-бавно прехвърлят графемата към съответната фонема, което особено си личи при декодирането на представките и окончанията в думите. Ето защо, често могат да прочетат *труден* вместо *затруднения*.

– Затруднения при проследяването на редовете.

– По-бавен темп на четене. Често забравят началото на изречението, връщат се, за да декодират отново, усещат допуснатите грешки, поправят ги, пак се връщат в началото на изречението, докато накрая се справят. Често след прочетени няколко изречения се връщат отново към началото на цял абзац, за да бъдат подпомагнати от семантиката.

– Силно притеснение от четене на глас, което е бавно и често е с нарушена интонация.

Специфична характеристика на дислексичното четене е фактът, че независимо от бавния темп, затрудненото графемно-фонемно прехвърляне и допускането на специфични грешки, дислексичните нямат никакви проблеми със семантиката на текста. Иначе казано, трудностите са в уменията за декодиране при четене, но не и в разбирането. Независимо колко време ще му отнеме прочитането на даден текст, дислексикът ще разбере правилно информацията, която този текст предава, няма да има проблем с нейното осмисляне и последващо предаване.

## 2. Писане:

– Замени на букви при писане. Аналогично на грешките в четенето и тук наблюдаваме замени както на визуално сходни графемни (особено на ръкописните *m – ш, l – А, n – т, и – ц, ш – щ, а – о* и др.), така и на такива, чиито звукове имат акустично сходна характеристика (особено на сонори, съскави/шушкави, звучни/беззвучни съгласни) и на двойките гласни [а – ъ, о – у, е – и]. Наблюдават се и затруднения в оперирането с дифтонгите (и техните графемни) Ю и Я, както и с глайда Й.

– Пропускане на графемни. Често се изразява в изпускане на буквите на гласните звукове, редуция на срички от струпани съгласни и пропускане на консонант, при струпване на сричковата граница. Например: пишат *сди* вместо *седи*, *хаст* вместо *храст*, *пата* вместо *паста*.

– Огледално писане.

– Разместване позицията на буквите и сричките в думата.

– Често изпускат предлозите или ги сливат със следващата дума.

– Отделяне на представката от корена и изписването ѝ като предлог.

– По-бавно фонемно-графемно съотнасяне, което основно се изразява в грешки на писменото кодиране на представките и окончанията в думите.

Както се вижда, затрудненията във фонемно-графемното прехвърляне най-вече се изразяват в трудности при преработката на предлозите, префиксите и окончанията. Като следствие от това се генерират множество грешки в писането, най-честите от които са: сливане на предлога със следходната дума (Котето се катери *подървото*.); отделяне на префикс и употребата му като предлог (Котето се *по катери* на дървото.); неусвоени граматични правила за употреба на сравнителна степен (Кучето е *по силно* от котето. Котето се разхожда *по-тротоара*.); отделяне на окончание и употребата му като лично местоимение или въпросителна частица (През есента *дъждове те* са често явление. Децата са *нарисува ли* картини.). Независимо от това, че тези грешки изглеждат елементарни, напълно възможно е те да съпътстват дислексика през целия му живот.

– Значително по-бавен темп на писане, особено на ръкописното писане. Като цяло предпочитат използването на компютър за създаване на собствен текст. Ако се налага да използват писането на ръка, предпочитат печатните пред ръкописните букви.

– Грешки при пунктуацията. Грешките са свързани с дефицита на зрительно-пространствената ориентация, която в повечето случаи

дислексията демонстрират. Доста характерна грешка е пропускането на главна буква в изречението или неправилната употреба на графичните знакове.

Аналогично на процеса четене и тук затрудненията са основно в областта на фонемно-графемното прехвърляне и кодирането на писмен текст. Дислексикът се справя успешно с конструирането на собствено писмено изказване и с предаването на собствени мисли и идеи чрез писмената реч.

### **3. Правопис**

По отношение на овладяването на граматиката и правописа трябва да имаме предвид, че дислексикът не се различава особено от останалите студенти.

В началния етап от огромяването всички деца допускат идентични грешки, докато постепенно овладеят граматичните и правописните правила на родния си език. Нещо повече, с възрастта дислексията демонстрират правилна употреба на правописа, съпътствана от генерирането на множество *специфични грешки* (описани по-горе) в писмения си текст. Това е и един от начините за диференциране на дислексията от неграмотността.

В същото време, един от сериозните проблеми, свързани с овладяването на правописа, е недостатъчно пълноценната диагностика и терапия на дислексията в съвременната българска клинична практика. Както вече беше споменато, епидемиологичните проучвания, реализирани за България, показват около 7% разпространение на дислексията в начална училищна възраст. Специалистите смятат, че реално този процент е значително по-висок. За съжаление не се наблюдават добри практики за скрининг-изследване и диагностика на особеностите в детското развитие. Ето защо голяма част от децата с дислексия израстват със самочувствието и самооценката на „малко глупави“, намиращи се в състояние на непрекъснато повтарящ се неуспех и неудовлетвореност от невъзможността да отговорят на очакванията на другите. Когато не знаят за съществуването на реалния си проблем – дислексията – и без подкрепата на специализирана помощ, те много често развиват негативно отношение към ученето и нежелание да използват писмения код за приемане и предаване на информация. Често такива деца демонстрират и в по-зряла възраст правописни грешки, които са съчетани с дислексичните прояви.



Генерализираните разстройства на развитието са едни от най-загадъчните девиации на детското развитие. Въпреки сравнително кратката история на систематичните проучвания на тези разстройства е натрупан огромен емпиричен материал, който тепърва подлежи на интерпретации.

Противоречивите емпирични данни са следствие както от методологичните трудности при изследването на децата – аутисти, така и от твърде широката вариативност на проявите на аутистичното разстройство, които поставят под съмнение валидността на формулираните диагностични критерии. Тази висока вариативност най-често е в основата на спекулациите с диагнозата аутизъм. Твърде негативната окраска на тази диагноза поставя детето и семейството му в състояние на социална изолация и ги демотивира за активно включване в терапевтичния процес.

Первазивните (генерализираните) разстройства са група, която се характеризира с качествени нарушения на социалните интеракции, на комуникацията, както и с ограничен, стереотипен, повтарящ се репертоар от дейности и интереси. Качествените нарушения са генерализиран признак на функционирането на индивида във всички ситуации.

Тези разстройства понякога се съпътстват от общокогнитивен дефицит, но за да бъде диагностицирано генерализирано разстройство на развитието е необходимо наличието на поведенческа девиация, съотнесена към очакваното за възрастта поведение.

#### **I. Аутизъм — Канер-синдром**

Терминът „аутизъм“ е от гръцки произход и в точен превод означава „съществуване сам за себе си“. През 1911 г. за първи път Bleuler (цит. по Матанова, 2008) го използва за описание на патологична тенденция при някои болни за откъсване от обкръжението, която тенденция той счита за симптом на умствено заболяване, наречено от него шизофрения. Това първо свързване на аутизма с шизофренията,

създава и до днес трудности в тълкуването му като отделна нозологична единица.

През 1943 г. Лео Канер (цит. по Матанова, 2008) въвежда термина „аутизъм“ в детската психиатрична практика, но и до днес той е един от най-големите загадки в детското аномално развитие. Днес със сигурност е установено, че аутизмът не е психоза, нито форма на емоционално разстройство или детска шизофрения. Аутизмът е разстройство на развитието, включващо когнитивен дефицит, и имащо общи черти с другите разстройства на развитието, но със специфична симптоматика.

През 1943 г. Лео Канер (пак там) представя 11 случая на деца, показващи отличаващо се поведение. Тези деца демонстрират аутистична самота, желание за подобие и островчета на способност. Той подчертава спецификите на комуникацията и трудната социална приспособимост на тези деца. Канер нарича новия синдром „ранен детски аутизъм“ и го определя по следния начин:

*„Очевидното фундаментално разстройство тук е неспособността на детето да се свърже по нормалния начин с хората и ситуацията още от началото на живота си“.*

Аутизмът е вид генерализирано разстройство на развитието, което се определя от наличието на абнормно развитие преди тригодишна възраст. При аутистичните деца е налице вродена невъзможност да общуват адекватно и да реагират съобразно ситуацията. Още в кърмаческа възраст липсва реакция на присвиване на раменете и повдигане на главата при вдигане на детето, както и адаптиране спрямо тялото на възрастния. Типичен белег при аутистичните деца е липсата на контакт „очи в очи“. Такива деца боравят по стереотипен начин с различни предмети, възприемат отделни части от човешкото тяло, без да могат да ги съотнесат към цялото. Не инициират и не поддържат отношения с връстници, сякаш не забелязват присъствието им или активно ги отбягват. Веднъж проявили интерес обаче, те могат да запомнят подробности за връстниците си, както и да демонстрират поразителна памет за минали събития.

Най-характерната черта при аутизма е липсата на привързаност и взаимовръзка с другите. Още Канер описва аутизма като *разстройство на афективния контакт*.

Първата усмивка при аутистичните деца се наблюдава около двумесечна възраст. Характерно е, че тя не е адресирана към близкия

човек, а като че ли съществува сама за себе си. Въобще в кърмаческата възраст аутистичните деца са безразлични към обкръжаващите ги. При тях не се наблюдава оживление след 3-месечна възраст, когато към тях се приближи родител, както е при децата в норма. Те не реагират на присъствието или отсъствието на родителя, дори могат да изразят неприязън към контакт и ласки. Някои деца се стремят към физически контакт, но това бързо им омръзва. Нарушените контакти с близките стават още по-отчетливи след 2-годишна възраст. Една част от децата не реагират на словесните обръщения на родителите и възникват подозрения, че не разбират речта или, че са глухи. Различни са и реакциите при поява на нов човек – в едни случаи децата започват да викат, да плачат, а в други – стават тревожни, напрегнати. Понякога показват спокойствие или започват да задават въпроси, без да чуят отговорите. На 2-годишна възраст при по-голяма част от аутистичните деца липсва адекватен контакт с връстниците им. Аутистичното дете не гледа на своите връстници като на одушевени предмети, а като на кукли. В други случаи, опитите за контакти изглеждат странни, действията – импулсивни и не рядко агресивни.

Игровата дейност на аутистичните деца е белязана с липса на въображение и символност. В техните игри липсват традиционните социални елементи. Играта като дейност е стереотипна, стереотипно е и използването на играчките, почти винаги не по тяхното функционално предназначение.

Почти при всички аутистични деца се наблюдават речеви и езикови нарушения, чиито прояви са изключително разнообразни. Възможно е както пълното отсъствие на вербална продукция, така и изпреварващо езиково развитие. Това, което е общо за всички аутисти е, че речта не служи като средство за комуникация и за обмен на информация. Ранната речева активност при тези деца се изразява в случайна употреба на названията на различни предмети, имена или в употребата на идеосинкретични фрази. Това, което прави особено впечатление, са ярко изразените прагматични езикови нарушения, обусловени от липсата на съответствие между собствената вербална продукция и изискванията на другите и ситуацията. Тази речева активност всъщност отразява един свят, който е неразбираем за другите. Речта е хаотична, безсмислена, комуникативно непредназначена, демонстрираща обаче много добра механична, фрагментарна памет. Вербалната продукция обикновено е изпъстрена с множество

фонологични, морфологични и синтактични грешки. Трудностите в комуникацията се проявяват както във вербалния, така също и в невербалния ѝ аспект.

При някои деца с аутизъм речта е с ранно начало. Те назовават предмети, спонтанно изговарят думи, рецитират дълги и сложни стихотворения, но всичко това не служи за общуване с другите. Могат да повтарят ехоталично думи и фрази, без да ги разбират. Обикновено разбирането и използването им е ситуативно определено, и то в тази ситуация, в която най-напред са възприели дадено съобщение. Повечето автори приемат, че езиковата система на аутистите не притежава комуникативна функция. Те формулират изказвания за потвърждение/съгласие или отрицание/несъгласие. Трудно поддържат темата на разговора, а отговорите им са ирелевантни и персеверативни.

Качественото нарушение на комуникацията е универсален симптом при аутизма. Изразява се в липса на социална употреба на езиковите умения, нарушение на социално-битовите игри, липса на взаимност или лош контрол при диалог, липса на флексибилност при речева експресия, съчетана с липса на творчество и фантазия и на емоционална реакция спрямо опитите на другите да установят вербален или невербален контакт

Чувствата при аутистите са амбивалентни и полярни. Те нямат усет за реална опасност, но могат да изпаднат в паника и от напълно безопасни предмети и ситуации. Поведението им се характеризира с множество ритуали и натрапливости, които обикновено съпровождат дейностите им около самообслужването, храненето и др.

Обезпокоителното за родителите е, че детето е странно и се отличава от другите деца на същата възраст. Обикновено създава впечатление на затворено в някакъв друг свят, а към този нищо не го привлича, нищо не събужда желанието и активността. Лицето му е застигнато „изражение – шампа“. Детето изглежда емоционално пасивно, раздразнително при смяна на обстановката, което демонстрира като негативизъм и отхвърля всякакъв опит за контакт от страна на околните.

В ранна възраст при децата – аутисти доминират нарушенията в невровегетативната и инстинктивната система, които се манифестират като нарушения на съня, липса на сукателен рефлекс и др. В по-късна възраст се появяват поведенческите нарушения, свързани преди всичко със социалната адаптация. При някои деца, дълго вре-

ме се съхранява „симбиотичната връзка“ с майката, изразяваща се в болезнена привързаност към нея и изразен страх от нейната загуба. Възможна е обаче и обратната тенденция – емоционално отчуждение, незачитане, отхвърляне, безразличие към околните, в това число и към близките. Усамотяването и затварянето в свой вътрешен свят е предизвикано от страховете и от свръхреакцията на външни дразнителни. Те обикновено не диференцират отношението си към живата и нежива природа, а присъствието на хора не променя тяхното поведение и то остава стереотипно и ритуално.

Придържането към точно установен порядък, също е болезнен стереотип. Като цяло се наблюдава неадекватно отношение към другите хора. Аутистите демонстрират пълна неспособност за установяване и поддържане на междуличностни контакти.

Клиничната картина на аутизма може да бъде обобщена чрез характеристиките на абнормното функциониране в три области:

### **1. Социални интеракции:**

– понижен или липсващ социален интерес, липса на инициатива за свързване с другите;

– предпочитание да остане насаме, пред възможността да бъде в компанията на другите;

– липса на имитативни способности по отношение на действията на другите;

– липса на игрова дейност с другите;

– липса на контакт „очи в очи“;

– липса на емоционална реакция при среща с познати;

– не забелязва присъствието на другите;

– не диференцира отношението си към близки, познати и непознати хора.

### **2. Комуникация:**

– не може да поддържа диалог, даже при добри речеви умения;

– тежки нарушения в езиковата употреба;

– невъзможност за овладяване на лично местоимение в 1 л. ед. ч.;

– ехολалична реч;

– липса на въображение и второразредни представи;

– липса на символни жестове;

– нарушена невербална комуникация.

### **3. Поведенчески нарушения:**

– двигателни стереотипии;

- липса на спонтанност и инициативност;
- липса на реакция при молба от страна на другите;
- особени хранителни навици;
- неадекватни емоционални реакции;
- агресивно и автоагресивно поведение.

Голяма част от авторите смятат, че децата с аутизъм са с интелектуална недостатъчност. Има обаче доказателства, че децата с аутизъм показват по-добри резултати при манипулативни и визуални пространствени умения и при тестове, изискващи незабавно възпроизвеждане на информация. Това отново поставя въпрос за дефиницията на аутизма и за класифицирането на проявите му. Остава нерешен въпросът, бихме ли могли да говорим за аутизъм и умствена изостаналост, когато е ясно, че умствената изостаналост води след себе си вторична симптоматика, демонстрирана като аутистични прояви и социална изолираност? В този смисъл, огромни съмнения предизвиква валидността на диагнозата „атипичен аутизъм“.

Днес аутизмът като термин се използва в два аспекта: теоретичен – отразяващ непатологични явления, с тенденция за погълнатост от лични фантазии, блянове, в които се търси удоволствието, и клиничен – за класифициране на генерализирано разстройство на развитието.

В МКБ-10 са отбелязани и редица неспецифични нарушения като:

- страх/фобии;
- нарушения на съня и храненето;
- краткотрайни изблици на гняв и агресия;
- чести самоанараявания (хапане на ръцете), особено когато е в коморбидност с умствена изостаналост.

В DSM-IV TR(2000) са отбелязани диагностичните критерии за наличието на аутизъм. Необходимо е наличието на 6 или повече признака от 1., 2. и 3., включващи поне два от 1. и поне по един от 2. и 3.:

**1. Качествено нарушение на социалното взаимодействие, манифестирано поне с два от следните признаци:**

- Чувствително нарушение на невербалното поведение, като контакт очи в очи, лицеизраз, положение на тялото, жестове.
- Неуспех в установяването на връзки с връстници, съответни на нивото на развитие.
- Липса на спонтанен изказ, споделяне на радост, успехи и достижения с другите хора.

– Липса на социална и емоционална реципрочност.

## **2. Качествени нарушения на комуникацията, манифестирани с поне един от следните признаци:**

– Закъснение или тотална липса на развита устна реч, несъпътствана от опит да се компенсират с алтернативни методи за комуникация.

– При наличие на реч, забележимо нарушение на способността да се инициира и поддържа разговор.

– Стереотипно и репетитивно използване на речта или идиосинкретична реч.

– Липса на разнообразна, спонтанна и социално-имитативна игра, съответстваща на нивото на развитие.

## **3. Повторяеми, стереотипни поведенчески модели, манифестирани с поне един от следните признаци:**

– Поглъщаща свръхзааетост с един или няколко интереса, абнормни като интензитет или като фокус.

– Липса на флексибилност в привързаността към специфични, нефункционални ритуали и ежедневни, рутинни действия.

– Наличие на стереотипност и повторяемост на определени движения (например извиване на ръцете или на пръстите, движения на цялото тяло и др.)

– Персистираща свръхзааетост с отделни части на предмети.

Аутизмът е широкоспектърно разстройство, чиито симптоми се проявяват в различни комбинации. През последните години в диагностичната практика се използва т. нар. триада на Wing (цит. по Матанова, 2008), включваща три вида нарушения:

– социални;

– комуникативни;

– нарушения на имагинерната активност или в способността за представи.

Frith (1989 г.) смята, че при аутистичните деца съществува неспособност да приемат и опознават мисленето на другите. Тя предполага, че става дума за дефицит, развил се в първите седмици от живота на детето, дефицит в способността и желанието да приемеш друго мислене, което може да осигури задоволството на детето от това, че възприема нов обект. Това е свързано вероятно и с незаинтересоваността на тези деца от т. нар. „споделено внимание“. Според Alvarez

(цит. по Frith, 1995) те намират собствени начини да предизвикат ангажирано внимание, като например репетативното поведение. Обяснението на Frith за репетативното поведение е свързано с липсата на символизация и неспособността на аутистичните деца да репродуцират усещанията си.

Според Baron-Cohen (1995, 2008) основното затруднение при аутистичното дете е в невъзможността му да разбере менталното състояние на другите. Той смята, че менталното състояние не може да се наблюдава директно, а може да бъде единствено подразбирано, за което е необходим комплексен когнитивен механизъм. Да разберем какво мисли един човек е много по-сложно, отколкото да разберем какво чувства, защото вярата и желанията са винаги за нещо. Емоционалните състояния като щастие, тъга, страх и гняв не винаги имат съдържание и в този смисъл не могат да предскажат социалното поведение.

При ранния детски аутизъм обикновено липсва период на несъмнено нормално развитие. Винаги съществуват качествени увреди в социалните взаимодействия. Те приемат формата на неадекватна оценка на социално-емоционалните сигнали, като например ареактивност спрямо емоциите на другите хора и/или липса на промяна на поведението, съобразно дадения социален контекст. Налице е неадекватна употреба на социалните сигнали и слаба интеграция на социалното, емоционалното и комуникативното поведение и особено липса на социално-емоционална взаимност.

По подобен начин и качествената увреда в общуването е универсална. Тя се изразява в липсата на социална употреба на езиковите форми. Налице са главно:

- нарушения в играта „наужким“ и социално-ролевите игри;
- лош синхрон и липса на взаимност при водене на диалози;
- липса на гъвкавост в речевата експресия и относителна липса на творчество и фантазия в мисловните процеси;
- липса на емоционална реакция спрямо опитите на друг човек да влезе във вербален или невербален диалог;
- нарушено ползване на вариации в ритъма или ударението за отразяване на промените в комуникацията и сходна липса на придружаващи жестове за подчертаване или изразяване на смисъла при речева комуникация.

Състоянието се характеризира също с ограничени, повтарящи се и стереотипни модели на поведение, интереси и дейности. Те се



явяват под формата на несменяем ред в широк диапазон от аспекти от ежедневно функциониране. Обикновено това се отнася както за нови, неизвестни дейности, така и за усвоени навици и игрови модели. Може да се наблюдава специфична привързаност към необичайни, често твърди предмети, особено в ранното детство. Децата могат да настояват за изпълнение на определени ритуали с нефункционален характер. Също така може да са налице стереотипна погълнатост към интереси, обикновено някакви маршрути, дати, разписания и др. Много обичаен е специалният интерес към нефункционалните страни и качества на предметите като мирис, текстура и др.

Изяснява се, че когнитивните дефицити се проявяват в ситуации, в които е необходимо преработка на емоционално и социално обусловени явления и знаци. Lord предполага, че „преходът от безучастна, през пасивна, но откликваща към активна, но нередовна социална инициация“ характеризира функционирането на аутистичното дете. Аутистичните деца откликват на ситуации, в които възрастни или връстници активно ги ангажират в социални интеракции.

Нарушенията на социалното поведение при аутистите се изразяват в дефицит на уменията за индикиране, а не толкова на споделяне или изискване. Няма обаче отговор на въпроса, дали дефицитът на уменията за споделяне е специфичен за аутизма или е общ за развитийните нарушения. Нарушеното невербално поведение при аутистите е свързано с дефицити на символно-репрезентативното мислене, т. е. с капацитета на детето да използва предмет за представяне или пресъздаване на друг предмет. Може обаче да се допусне, че нарушенията на невербалното поведение за споделяне внимание, са относително независими от нарушенията на уменията за символно представяне. Това е важно от гледна точка на въпроса, дали невербалното поведение не изисква определено ниво на развитие на символното мислене. Нарушенията на аутистичните деца по отношение на невербалните умения за индикиране, могат да се приемат като вторични, произтичащи от дефицит по отношение на способността за споделяне на емоционален опит с родителите. Известно е, че в отговор на непознати аспекти на ситуацията аутистите могат да повишат самостимулиращото си поведение, като честотата на стереотипните актове зависи от нивото на развитие на детето. Често аутистичните деца се справят с прекалено силните стимули чрез различни подходи – извъръщане на погледа, запушване на ушите, отдръпване, постоянно задаване на въпроси, ритуално поведение, стереотипни движения и др.

Освен тези специфични диагностични признаци, децата с аутизъм, както беше вече споменато, често страдат от ред други неспецифични проблеми като страх, фобии, смущения в съня и храненето, краткотрайни изблици на гняв и агресия. Доста чести са самонараняванията, например хапене на ръцете, особено при коморбидност с тежка умствена изостаналост. При повечето лица с аутизъм липсва спонтанност, инициативност, творчество в организиране на свободното време и са налице трудности при прилагане на общи понятия, при вземане на решения в работата, независимо че задачите могат да бъдат във възможностите им. Специфичната проява на дефицитите, характерни за аутизма, се променят с израстването на детето, но продължават и в зряла възраст, с много сходно съчетание на проблемите в социализацията, комуникацията и стила на интересите.

## II. Аспергер-синдром

През 1944 г. Х. Аспергер (цит. по Матанова, 2008), независимо от Канер, използва термина аутизъм, за да опише своеобразен синдром с начало в ранното детство. Аспергер дава описание на състояние, сходно с описаното от Канер през 1943 г. Регистрираните особености отново се отнасят до поведенческата сфера. Той описва 4 деца (момчета), с т. нар. от него *аутистична психопатия*. Аспергер смята, че описаният от него синдром е различен от този на Канер. Две са основните разлики с описаната от Канер картина: описаните от Канер деца са с ограничена реч, а тези от групата на Аспергер се изразяват добре, но демонстрират известна несръчност на ниво обща моторика. Аспергер вярва, че основното нарушение е в социалното функциониране. Много автори валидизират Аспергер-синдрома като аутизъм без умствена изостаналост (Klin, 2003, Eisenmajer, 1996). Отбелязват се три основни разлики между Канер- и Аспергер-синдрома, като при Аспергер-синдрома са налице:

- Липса на нарушения във въображението и комуникацията.
- Липса на езиково закъснение.
- Липса на клинично значимо закъснение в развитието на когницията, самообслужването, адаптивното поведение.

Изглежда странно и неочаквано съпадението двамата учени, независимо един от друг, да изберат един и същи термин, с цел да характеризират природата на описваното от тях нарушение. В тези първи описания Аспергер избягва кратките формулировки. Той дава

подробни, живи и съчувствени описания. Аспергер прави опит да отнесе аутистичното поведение към нормалните вариации на личностовото развитие, което представлява уникален подход в разбирането на аутистичното разстройство. Той смята, че такива деца имат „*фундаментално нарушение, което се проявява много характерно за всички поведенчески и експресивни феномени.*“ Като резултат от това нарушение, според него, се появяват затрудненията в социалната интеракция. Подчертава се вариативността на проявите на това затруднение – от невъзможност за интеграция в социалната група до компенсация чрез особена оригиналност на мисленето и опита. Той, както и Канер, отстояват позицията, че съществува „нарушение на емоционалния контакт“ на някакво дълбоко ниво на афекта и/или инстинкта. Аспергер подчертава странностите в комуникацията, особеностите на лицевата експресия, липсата на „очен контакт“, наличието на стереотипни движения и озадачаващия неравен патерн на интелектуални достижения.

Според Аспергер тези деца имат личностови разстройства, демонстрирани като социална изолация (цит. по Матанова, 2008). Според някои автори *аутистично личностово разстройство* е термин, който по-добре съответства на оригиналното описание на Аспергер. Наблюдаваните от Аспергер деца демонстрират проблеми със социалните интеракции и невербалната комуникация, имат идеосинкретична продукция и егоцентрична свърхангажираност с необичайни интереси. Той отбелязва, че тези индивиди имат трудности с емпатията и интуицията, както и тенденция да са моторно несръчни.

Терминът „*синдром на Аспергер*“ е използван за първи път от Лорна Уинг (Wing, 1981), за да обозначи онези много способни аутистични индивиди, които не покриват Канеровите критерии на мълчаливи и отчуждени индивиди. За Уинг разликата в двата синдрома е само в тежестта. В края на 80-те години на ХХ в. повечето автори започват да използват термина в този смисъл. Уинг препоръчва тази диагноза да се използва и в случаи, които е трудно да се впишат в някаква категория. Има известно основание да се смята, че синдромът на Аспергер е още недобре дефиниран. Уинг смята, че едно дете може да бъде Канеров тип, но в юношеството да развие синдром на Аспергер.

През ранните периоди на развитието, децата с Аспергер-синдром не забелязват или не се интересуват от това, че са различни от останалите. Техният живот се ограничава до семейството им, а другите им

социални контакти са ограничени. По време на пубертета те започват да осъзнават съществуващите различия между тях и околните. Когато детето с Аспергер-синдром се опита да намери приятели, да каже шега или да привлече внимание, то бива изключено от групата, тормозено или обиждано.

Аспергер описва симптоматика, близка до тази, описана от Канер. Той установява, че при тези деца, нарушенията са в емоционално-поведенческата сфера. При тях речта се появява значително по-рано, след което се наблюдава период на слаба вербална активност, поради преживяването, че околните създават проблеми, поради което трябва да се избягват контактите с тях. Това довежда до затвореност, самовглъбеност. Речевата продукция се появява по-рано от навиците за ходене. Детето живее в свое собствено социално обкръжение, по свой особен маниер. За разлика от аутизма аутистичната психопатия е с добра прогноза.

Социалните критерии за Канер- и за Аспергер-синдромите са идентични. Децата с Аспергер-синдром са изолирани, но правят опити да се представят пред другите, макар и с неподходящи средства. Речта им е педантична, често ненужна, ненасочена и със стеснена топка. Нерядко се описват като самотници, които показват някакъв интерес за установяване на приятелства и контакти. Хронично са фрустрирани от неуспешните си опити да ангажират другите и да установят отношения с тях. Обикновено неправилно интерпретират контекста на афективните интеракции, на основата на собствената си нечувствителност към емоциите на другите.

За разлика от Канер-синдрома, при Аспергер качествени нарушения на комуникацията не присъстват като симптоматика в дефиницията му. Забелязва се недобра прозодика на речта, за разлика от речта при Канер, която е ригидна и монотонна. Втората особеност се демонстрира като егоцентричен разговорен стил, чиято тема е свързана с любими предмети и събития, без съобразяване с интересите на слушателя. Обектът на интерес се сменя на една или две години. Моторната непохватност при Аспергер-синдрома се изразява в по-късно придобиване на умения от общата и фината моторика, като каране на колело, хвърляне и улавяне на топка, катерене, както и чрез особено изразени трудности в зрително-моторната координация.

Днес Аспергер-синдромът се определя като генерализирано разстройство на развитието, което е термин-чадър, съдържащ спектър

от нарушения, които се отличават с количеството и типа на симптомите или възрастта, в която се появяват.

В днешно време съществува тенденция синдромът на Аспергер да се свързва с рядко интелигентното, с високи вербални способности, близко до нормалното, аутистично дете. Това определено не е нарушението, което Аспергер е имал предвид, но съществуването на такава специална категория се оказва клинично удобна.

В МКБ-10 синдромът на Аспергер е класифициран като подобен на аутизма, но без езикови и интелектуални нарушения. Такива индивиди проявяват изразена неловкост в общуването, като са или прекалено мълчаливи или многословни и не отчитат ситуацията и интересите на партньора по общуване. Значително са нарушени невербалните средства за комуникация и координацията на движенията. Налице е неадекватна интонация, неправилно използване на местоимения, вербални стереотипии. Налице са високи постижения в тясна област на интереси. За да се диагностицира синдромът на Аспергер е необходимо състоянието да съответства на следните критерии:

- отсъствие на клинично значимо изоставане в когнитивното и езиковото развитие;
- качествено нарушение на социалното взаимодействие;
- необичайно интензивен, изолиран интерес или ограничени поведенчески стереотипии и занятия;
- разстройството не съответства на критериите за други общи нарушения на развитието, като шизофрения, реактивно разстройство на привързаността, обесивно-компулсивно разстройство и др.

Според DSM-IV-TR (2000) Аспергер-синдромът се характеризира със:

**А. Качествено нарушение на социалните интеракции, манифестирано най-малко от две от следващите прояви:**

- Значимо нарушение в използването на елементи от невербалното поведение, като очен контакт, лицева експресия, стойка на тялото, жестове и други за регулация на социалните интеракции.
- Неспособност да развива отношения с връстници, съответстващи на нивото на развитие.
- Липса на спонтанно търсене на възможност за споделяне на удоволствия, интереси или постижения с другите.
- Липса на социална или емоционална реципрочност.

**Б. Ограничени репетативни и стереотипни модели на поведение, интереси, дейности, манифестирани най-малко с една от следните прояви:**

- Свъръззаетост с един или повече стереотипни и ограничени модели от интереси, който е абнормен или като интензивност или като фокус;
- Очевидна липса на гъвкавост в привързването към специфични, нефункционални рутинности или ритуали.
- Стереотипни и репетативни моторни маниеризми.
- Персистиращи свъръззаетости с части от обекти.

**В. Разстройството причинява клинично значимо нарушение на социалните, дейностните и други важни области на функциониране.**

**Г. Липсва клинично значимо общо закъснение на езиковото функциониране.**

**Д. Липсва изоставане в когнитивното развитие или в развитието на съответни на възрастта умения за самообслужване, адаптивно поведение (освен в социалните интеракции) и особености на средата в детството.**

**Е. Критериите не се срещат при други первазивни развитийни нарушения и шизофрения.**

Според парадигмата на теорията на съзнанието (*theory of mind*) синдромът на Аспергер би могъл да се отнася до онези индивиди, които придобиват метапредстави и теория на съзнанието след значително и увреждащо изоставане. Подобно на другите индивиди с аутизъм те не притежават такива умения в ранните си години и поради това не развиват нормални социални взаимодействия, нормална перцепция и експресия на вътрешни състояния. Според Frith (1991) индивидите със синдром на Аспергер, които придобиват теорията на съзнанието късно и следователно по абнормен начин, са с висок риск за развитие на аномална теория на съзнанието. Това предположение води до извода, че при Канеровия аутизъм, не може да се развие такава симптоматика. И в такъв смисъл, синдромът на Аспергер би могъл да се разглежда като междинен – със свъръхактивна теория за съзнанието.

Често се наблюдава усилено занимание и увличане от специфични интереси като транспорт, животни или наука. Тези интереси могат да се сменят, но доминират през свободното време и в разговорите на детето. Детето може да има забележителна дългосрочна памет, много добра концентрация на вниманието, докато е заето с интересувачи го области и дейности, както и да притежава оригинален и специфичен метод за справяне с проблеми и задачи. В същото време липсва мотивация и дейности, които са важни за другите, тъй като не отговарят на неговия свят и интереси. И всичко това на фона на социална изолираност и склонност към неразбирателство с другите. Всички автори отбелязват, че това са деца, които имат добро интелектуално ниво, но поради някаква причина не разбират и не умеят да се свързват с другите хора на очакваното за възрастта им ниво.

Нерядко децата с Аспергер синдром имат много добре развит речник, но селекцията на думите е странна и специфична, педантична и свърх формална. Наблюдава се странна интонация, която не отговаря на езиковата норма или свърхпрецизно изговаряне, като например буквуване на отделни думи. Обикновено говорят за себе си на име вместо да използват лично местоимение. Лорна Уинг описва главните клинични черти на Аспергер-синдрома по следния начин:

- липса на емпатия;
- наивен, несвойствен, едностранен разговор;
- малки или никакви способности за формиране на приятелства;
- педантична, репетативна реч;
- бедна невербална комуникация;
- прекомерно вглъбяване в някои обекти;
- тремавост или лоша моторна координация и странна стойка.

Диагностицирането на Аспергер-синдрома, включва родители и учители, които попълват въпросници или ранжирани скали, индикиращи детето като имащо специфични характеристики. Вторият начин е диагностичното оценяване да се направи от клиницисти, които изследват поведението и способностите на децата, използвайки диагностичните критерии, даващи ясно описание на синдрома.

През 90-години на ХХ в. Аспергер-синдромът се приема като вариант на генерализираните (первазивните, развитийните) разстройства. В наше време синдромът се разглежда като субгрупа на аутистичния спектър със свои собствени клинични и диагностични критерии.

### III. Рет синдром

За разлика от другите разстройства в групата на генерализираните разстройства, Рет-синдромът се среща преимуществено при момичета. Описан е най-напред в Германия през 1966 г., но става известен след 1983 г., когато се публикуват наблюдения в англоезични списания и книги (цит. по Матанова, 2008). Разпространеността се оценява като 1:10 000 – 15 000 и не зависи от принадлежността и социалния статус на семейството.

При Рет-синдрома се наблюдава ранно развитие на умения, последвано от бърз регрес, стигащ до частична или пълна загуба на вече придобита сръчност и реч. В някои случаи нормалното развитие се наблюдава до 1 година и 6 месеца. Прогресирането на разстройството има определена фазовост. Началната фаза на застой е между 6. и 18. месец, когато се наблюдава забавен растеж на главата, хипотонус, загуба на интерес към игрите. Фазата на бързия регрес е в периода 1 – 2 години, в който се снижава интересът към средата, отсъства общуването, появяват се стереотипни реакции на външни стимули, изразена тревожност в непознати ситуации или без повод, загуба на съществуващи речеви и езикови умения. Особено характерна е загубата на целенасочени движения на ръцете, поява на стереотипии с извиване на ръцете, чести епизоди на хипервентилация, абнормно дъвчене на храна, неспособност за достигане до сфинктерен контрол. развитието на социалните умения и играта остават на ниво 2 – 3-годишна възраст, но с тенденция за запазване на социалните интереси. В псевдостационарната фаза (3 – 4-годишна възраст) се появяват признаци на атаксия и апраксия, които се усилват при психотравмиращи ситуации, стереотипно мазане на ръцете със слюнка, недостатъчно сдъвкване на храната, скърцане със зъби, ранна сколиоза и др.

Рет-синдромът протича с прогресивни двигателни нарушения, гръбначни атрофии и тежки дефекти в моториката. Постепенно с възрастта детето започва да губи мускулна маса, наблюдават се изменения на ставите и на гръбначния стълб. Много от децата губят способността самостоятелно да се придвижват.

Такива деца гледат към или през хората, но без да контактуват с тях. Характерни са стойката и походката на фона на мускулен хипертонус. Често през ранното или по-късното детство се появяват припадъци, които обикновено са от типа на малките припадъци с нача-



ло преди 8-годишна възраст. Тези нарушения резултат в изразено изоставане в умственото функциониране. Прогресивните двигателни нарушения потвърждават диагнозата.

Синдромът на Рет се диагностицира предимно въз основа на:

- наличието на период на нормално развитие,
- по полов признак,
- чрез отчитане забавянето растежа на главата,
- атаксия, апраксия,
- ексцесивно лигавене и плезене на езика,
- стереотипно миене на ръцете, неправилно дъвкане, хипервентилация.

Почти винаги се наблюдава неспособност да се постигне сфинктерен контрол. За разлика от аутизма, както преднамереното самонараняване, така и сложните стереотипни занимания или навици, се срещат рядко.

За да се диагностицира Рет-синдром състоянието трябва да отговаря на следните критерии:

- Отчетливо нормално психомоторно развитие в първите пет месеца и нормална обиколка на главата при раждане.
- Задържане на нарастването на главата в периода 6 месеца – 4 години и загуба на придобити мануални навици в периода до 2 години и 6 месеца.
- Тежки нарушения на импресивната и експресивната реч.
- Стереотипни движения на ръцете, демонстрирани успоредно със загубата на мануални умения.

При синдрома на Рет, нормалното ранно развитие бива последвано от частична или пълна загуба на придобитите сръчности и реч, както и от забавяне растежа на главата. Особено характерна е загубата на целенасоченото движение на ръцете, появата на стереотипия с извиване на ръцете и хипервентилация. Развитието на социалните умения и играта остават на нивото на първите 2 – 3 години, но съществува тенденция за запазване на социалните интереси. Поведението има общи и специфични черти при тези разстройства, което се формулира като поведенчески фенотип. Рет-синдромът е хомогенно нарушение, но с различна вариативност на симптомите, което дава основание да се описват различни варианти. Езиковото развитие на ниво отделни думи е в известна степен изпреварващо. Общата и фината моторика се развиват в рамките на възрастовата норма.

Между 6 и 18 месец развитието се забавя или спира. Този период на стагнация е последван от период на регрес, който продължава от 1 до 4 години. По време на фазата на регреса се наблюдава загуба на умения за социални контакти и комуникация, на манипулативните действия, на лепетната реч или думите. Регресът е специфичен за уменията в тези три области и не се наблюдава в други области. В периода между 2 и 10 години развитието е в състояние на плато. Невроomotorните функции могат да продължат да западат, но това не винаги се наблюдава. Индивидите със синдрома на Рет могат да придобият и някои нови умения в тази късна фаза. В пострегесивната фаза се наблюдават тежки когнитивни нарушения. В този период някои от индивидите могат да демонстрират умствена възраст, отговаряща на 8 месеца.

Репетативните движения с ръцете са един от необходимите диагностични критерии за класическия Рет-синдром. Съществува широка вариативност на стереотипните движения на ръцете, което включва: повторения, съвсем прости и първично несръчни движения с докосване, търкане, стискане или щипане, миене, извиване, облизване на ръцете, извиване на пръстите и пляскане. Слагане на ръцете в устата и облизване на пръстите, като ръцете се асоциират с дискинетични движения на устните и езика. За част от индивидите с Рет-синдром движенията на ръцете се извършват по средната линия на тялото с двете ръце.

#### **IV. Друго дезинтегративно разстройство — Синдром на Хелер**

Детското дезинтегративно разстройство е вид генерализирано разстройство в развитието, което се определя от наличието на период на явно нормално развитие до началото на разстройството и от ясно изразена фаза на загубване на овладени вече умения в продължение на няколко месеца, което обхваща поне няколко области на развитието и съвпада с началото на някои характерни абнормности в социалното, когнитивното и поведенческото функциониране. Това е състояние, наблюдавано при 3 – 4-годишни деца и характеризиращо се със значителен спад в продължение на няколко месеца на интелектуалното, емоционалното и езиковото функциониране. Това достатъчно рядко срещано състояние е било описано много преди аутизма, но едва в близките години е официално признато.

Децата със синдром на Хелер развиват почти всички черти от аутистичния спектър, но след продължителен период на напълно нормално развитие. Състоянието се различава от аутизма по схемата на началото, протичането и резултата. Поради това, че е сравнително рядко срещано, то често се диагностицира погрешно като аутизъм. Следващите няколко критерия са задължителни за правилното диагностициране на синдрома на Хелер:

- загуба на социални умения;
- загуба на контрол на пикочния мехур и сфинктера;
- загуба на експресивна и рецептивна реч;
- загуба на моторни умения;
- липса на игра;
- неспособност за развитие на лични взаимоотношения с връстниците;
- нарушения на невербалното поведение;
- спад или липса на експресивна реч;
- невъзможност за инициране и поддържане на разговор.

Прогнозата обикновено е лоша – повечето лица остават с тежко умствено изоставане. Съществува неяснота до каква степен това състояние се отличава от аутизма. В някои случаи разстройството може да се дължи на придружаваща го енцефалопатия, но диагнозата трябва да бъде поставена въз основа на поведенческите признаци.

Основните му характеристики и диагностични критерии са свързани със:

- нормално развитие през първите години;
  - загуба на реч и придобити игрови, комуникативни и социални умения;
  - загуба на контрол върху тазово-резервоарни функции;
  - регрес в самообслужването.
- Регресът трябва да е налице най-малко в две от следните области:
- реч или социално адаптивно поведение;
  - контрол на тазово-резервоарни функции;
  - игрови и моторни умения.

Началото е най-често около 3- 4-годишна възраст. Преди началото на заболяването детето става тревожно, напрегнато, увеличава активността си, демонстрира стереотипни движения и компулсивно поведение. Диференциална диагноза трябва да се направи със синдромите вътре в групата на генерализираните разстройства на разви-

тието, със синдрома на Ландау Клефнер, рецептивно разстройство на речта и др.

## **V. Атипичен аутизъм**

Твърде много възражения и спорове предизвиква и формулирането на нозологичната единица „атипичен аутизъм“.

Атипичният аутизъм се различава от детския аутизъм по началото на заболяването. Абнормното развитие може да се прояви за първи път след 3-годишна възраст, като липсват достатъчно демонстративни абнормности в социалните взаимоотношения, комуникацията и стереотипното поведение. Характерно за атипичния аутизъм е, че възниква най-често при индивиди с тежко умствено изоставане, при които ниското интелектуално ниво не дава възможност за изява на специфичните отклонения в поведението, необходими за поставяне на диагнозата аутизъм. Освен това, той може да възникне и вследствие на тежко нарушение на рецептивната страна на речта, което пречатства формирането на собствена невербална продукция и лишава детето от средства за комуникация.

Атипичният аутизъм се различава от аутизма или по началото на заболяването, или по това, че не покрива всички диагностични критерии на аутизма. Нарушенията се проявяват след 3-годишна възраст, липсват изразени абнормности, валидни за аутизма, но са налице абнормности в други сфери.

Нарушението се представя поне в две от следните категории – споделено социално взаимодействие, комуникативни проблеми, стереотипно, ограничено поведение. Наблюдаваните абнормности носят аутистичноподобен характер и са следствие от други дефицити като умствена изостаналост или тежко рецептивно разстройство на речта. Аутистичното поведение се базира не на душевната самота, а на липсата на средства за комуникация, поради което другите стават безинтересни и ненужни.

Използването на тази нозологична единица поставя под съмнение необходимостта от йерархизация на симптомите, обединяването им в симптомокомплекс, като задължително условие за поставянето на нозологична диагноза. Освен това, буди възражение и фактът, че като нозологична единица се използва термин, характеризиращ последствията от наличието на установен първичен дефицит. Това

създава твърде много недоразумения между специалистите и води до значителен брой диагностични грешки.

## VI. Хиперлексия

И в двата широко разпространени наръчника МКБ-10 и DSM-IV-TR, (2000) липсва идентификация на термина хиперлексия, макар че сходна симптоматика е описана в няколко нозологични единици.

За първи път терминът „хиперлексия“ се използва през 60-те години на миналия век. Тогава тя се дефинира като нарушение, при което декодирането на думите е на по-високо ниво от разбирането им, съпътствано от завишени възможности за учене, на основата на изпреварващо специфично мозъчно развитие.

През 70-те години на ХХ в. се изключва от критериите за хиперлексия дефицитът в разбирането. Хиперлексията започва да се приема като специфично нарушение на способността за учене. Малко по-късно езиковите нарушения при децата с хиперлексия се въвеждат като диагностични критерии. В края на 80-те години на миналия век се обособяват следните диагностични критерии:

- Спонтанно четене на думи преди 5-годишна възраст.
- Нарушено разбиране при четене и слушане.
- Разпознаването на думите е над нивото на лингвистичните и когнитивните способности.

През 1990 г. Aaron определя хиперлексията като вид четивно нарушение, при което оценката на дименсиите декодиране и разбиране са противоположни на оценките им при дислексията, т. е. при хиперлексията е налице добро декодиране и лошо разбиране на прочетеното. Според автора, хиперлексията е специфично нарушение на способността за учене, протичаща паралелно с езикови, когнитивни и социални дефицити.

Последните 10 – 15 години хиперлексията се асоциира с аутистичния спектър. Съществуват все още твърде много несъгласия и противоречия по отношение на същността, етиологията и класификацията на хиперлексията. Тя ту се асоциира с аутизма и с дяснохемисферните нарушения, ту с невербалните нарушения на способността за учене и с Аспергер-синдрома (Rourke, 1996).

Според L. Richman (1998) хиперлексията трябва да се дефинира като съвместно съществуващ синдром на границата между аутизма

и езиковите нарушения на способността за учене или между Аспергер-синдрома и невербалните нарушения на способността за учене. Според нея децата с хиперлексия трябва да се категоризират в групата на езиково увредените. Това, което ги отличава от тях, са изразените трудности в социалните умения и социалната перцепция.

В наше време хиперлексията се определя от следните характеристики:

- Преждевременно, неочаквано за възрастта развитие на способността за четене на думи, което може да се съпровожда с интензивно боравене с букви или с цифри.

- Изразени трудности в разбирането на устната реч.

- Неадекватни социални умения, трудности в социализацията и интеракциите с другите.

Като допълнителни критерии се посочват:

- Особеният начин на придобиване на експресивна реч.

- Механичното запомняне на изречения без разбиране на смисъла им.

- Трудностите в иницирането на разговори.

- Интензивната нужда за поддържане на установена практика.

- Елементите на ритуално поведение.

- Повишените зрителна, слухова и/или тактилна чувствителност.

- Самостимулиращото поведение.

- Специфичните, необичайните за възрастта страхове.

- Много добре развитите слухова и зрителна памет.

- Мисленето с конкретни и буквални термини и наличието на трудности в боравенето с абстрактни понятия.

Така описаните диагностични критерии наистина наподобяват аутистичния спектър. Твърде широкият диапазон от изброени прояви затруднява идентификацията на хиперлексията и диференциацията ѝ от други сходни нарушения. Необходимо е извършването на много прецизна диференциална диагноза с аутизма, поведенческите нарушения, комуникативните нарушения, емоционалните разстройства, дефицитът на вниманието, слуховите увреди, умствената изостаналост и др.

Доскоро хиперлексията се разбираше като невербално нарушение на способността за учене. Характеристиките на тези нарушения, съчетани с хиперлексия обаче, много наподобяват Аспергер-синдрома. Всички тези симптоми неминуемо се съпровождат и от дефицит на вниманието.

У нас диагнозата е абсолютно непозната. Децата с хиперлексия обикновено се диагностицират като аутисти. Повишените им възможности за декодиране на текст се приемат като изпреварващо развитие, без да се отчитат дефицитите им в другите сфери на функциониране. Това изкривява терапевтичните стратегии или negliжира потребността от тях.

Наблюдаваните деца отново поставят въпроса за нозологията на нарушенията в развитието. Прекаленото разширяване на броя на нозологичните единици има двойок ефект. От една страна, това е резултат от по-прецизната диагностика, която винаги е условие за успешна терапия. От друга страна обаче, прекаленото раздробяване води до „загуба“ на общата картина и до неотчитане на сложните отношения между първичните дефекти и вторичните, третичните и т. н. нарушения. Това пък от своя страна води до изработването на неадекватна терапевтична стратегия. Една част от симптомите в нарушенията на детското развитие са неспецифични, т. е. биха могли да се срещат в няколко нозологични единици, но да играят различна роля в цялостната клинична картина. Именно тази неспецифичност налага да се оцени цялостното функциониране на детето, с точно отчитане на причините и следствията.

Хиперлексията очевидно е от нарушенията, които все още не са намерили мястото си в нозологичната система на нарушенията в детското развитие. Определящото в случая е, че в групата на хиперлексията се обединяват деца с твърде различни прояви. Това, което ги обединява, са необичайните способности за учене, които създават известен дисбаланс на развитието – в определени области те демонстрират изпреварващо развитие, а в други – изостават. Изпреварващото развитие обикновено е по отношение на ранното придобиване на четивни умения, без системно целенасочено обучение. Изоставането може да бъде в една или няколко области, но тук вариантите са много повече. Наблюдаваната симптоматика при децата с хиперлексия опровергава още един дълго битуващ мит, че четивните умения се формират на основата на сравнително добре сформирана езикова система, при целенасочено обучение.

## **VII. Савант-синдром**

През 1887 г. Даун изнася серия от лекции в Лондон, в които описва своят 30-годишен опит. Той представя 10 случая, включително и

на едно момче с перфектно запаметяване на опери. Даун прави серия от наблюдения, които са валидни и за наши дни, а описаните от него индивиди сега се дефинират като аутистични саванти. Наблюденията му установяват, че:

– уменията са винаги лимитирани в много тясна област на специални способности – музикални, художествени, математически, технически и пространствени. Тази тясна област на способности е обикновено интригуваща, имайки предвид широката област на способности в човешкия репертоар;

– тези изключителни специални умения са винаги свързани с феноменална памет от уникален тип – твърде тясна, но изключително дълбока. Често паметта е с ограничено разбиране за това, което се разказва. Даун определя това като вербална атхезия, а други автори го наричат памет без пресмятане;

– тези случаи са по-чести при момчета, отколкото при момичета.

Саванти са хора, които имат сериозни умствени или физически разстройства, но които притежават значителни и понякога необикновени таланти. Това е изключително рядък феномен. В литературата има няколко много добре документирани случая (Sacks, 1986, 1995, Treffert, 1989).

Савант-синдромът е може би един от най-странните и неразгадани феномени при изучаването на човешките различия и когнитивните умения. Обикновено той е наричан така поради необикновените умения, които демонстрират носителите на този синдром. Ние много трудно ще разберем човешката памет, познание, докато не разберем т. нар. хора-саванти.

Аутистичните саванти са един от най-омайващите феномени в психологията. Аутистите саванти са индивиди, които имат необикновени умения, които не се наблюдават при повечето хора.

От аутистичната популация 10% са със савант-способности, а сред умствено изостаналите – около 1%. Има много форми на савант-способности, но най-общо те са математическо пресмятане, изключителна памет, художествени способности и музикални способности. От математическите способности при аутистичните индивиди се среща т. нар. календарна памет. Изключителната памет се заключава в запомняне на подробности за публични личности – дата на раждане, смърт, подробности за членовете на семейството, на правителството и т. н. Причините за тези способности не са изяснени.



Тези умения често се наричат отломъчни умения на изумителни/удивителни саванти. Савант-способности могат да се срещат и при други развитийни нарушения, както и при умствена изостаналост, но не по-често от 1:2000. 50% от хората със савант-синдром имат аутистично разстройство и 50% от останалите форми на развитийни нарушения, включително умствена изостаналост. 10% от хората, които са аутисти, са с широк спектър от савант-способности. Тези способности се наричат „отломъчни умения“, които се демонстрират като прекалена ангажираност и запаметяване на подробности като спортни събития, дати, маршрути и т. н. Съществуват и тъй наречените „феноменални саванти“, чийто умения са толкова забележителни, че надвишават способностите на неувредените хора. В литературата са описани около 50 такива саванти, като половината от тях са аутистични саванти.

Една от най-популярните дефиниции е, че савант-синдромът е невероятно рядко, но отличимо състояние, в което хората с аутизъм или други сериозни умствени увреждания или тежки умствени заболявания имат изолирани островчета на способности, които са в контраст с техните останали нарушения. Състоянието може да бъде наследствено или придобито вследствие на увреждания на централната нервна система. Полезно е да се поставят тези специални умения в следните три категории:

– Разцепени, отломъчни умения, които са специфични умения и стоят в контраст с техните останали нива на функционалност.

– Талантливите саванти, при които индивидуалните нива на способности са високи, но които са в контраст с техните нарушения.

– Феноменални, изключителни саванти, чиито способности са изключителни, в контраст с техните нарушения. Такива способности рядко могат да бъдат наблюдавани в нормалната популация. Оценката на инцидентното при савант-синдрома може да бъде много вариативно. Случаи на феноменален савант има по-малко от 100, регистрирани в световната литература в последните сто години.

Савант-уменията се срещат в ограничен, но в постоянен обсег от човешки умствени функции. Ако те имат нещо общо, то това е, че всички те много или малко включват изключителни паметови способности. В някои случаи може да съществува специфично умение, докато в други случаи може да има няколко умения, които съществуват едновременно. Важно наблюдение е, че уменията клонят да са

дяснохемисферно ориентирани, т. е. несимволни, артистични, конкретни, директно възприемани. По-долу са описани някои от шокиращите умения, които са открити при савантите.

– Меморизация – изключителната памет е характерен белег за савант-синдрома, но също може да бъде специално умение. Има случаи на саванти, които наизустяват популационни статистики, телефонни указатели, разписание на автобуси.

– Улеснено пресмятане – извършване устно на сложни математически операции.

– Календарно пресмятане – това е умение да се идентифицира ден от седмицата или дата в близките 40 000 години.

– Музикални способности – това са савант-способности, близки до музикалните гении, които се срещат при слепи или при хора със специфични нарушения на способността за учене, но които обикновено са шокиращи. Савантите могат да изсвирят едно пълно музикално произведение, след като го чуят само веднъж (Hermelin, 2001).

– Художествени способности – изключителни рисувачески, скулптурни и специфични рисувателни умения (Hermelin, 2001).

– Езикови умения – среща се много рядко, но има един добре документиран случай на савант с увреждане на централната нервна система още от раждането си, който може да чете, пише и превежда на 15 – 20 езика (Hermelin, 2001).

Причините, поради които някои аутисти или увредени хора имат савант-способности, все още не са известни. Съществуват много теории, но нито една не може да бъде приета за неоспорима.

Всички етиологични теории могат да бъдат обединени в няколко групи. Когнитивните теории обясняват наличието на савант-синдрома с дефицит на екзекутивните функции и абстрактното мислене. Всички теории търсят връзка с аутистичния спектър и по-специално с т. нар. островчета на изключителни способности.

След близо един век проучвания какво знаем сега за савант-синдрома:

– Състоянието е сравнително рядко срещано – 1 на 10 аутисти и около 1:2000 при другите видове развитийни нарушения. 50% от савантите са аутисти и 50% имат друга форма на развитийно нарушение, мозъчна увреда или болест. Не всички аутисти са саванти и не всички саванти са аутисти.

– Съотношението момчета/момичета е 6:1.

– Савант-уменията се срещат в изключително тясна област на способности, които са очебийни, имайки предвид останалите способности и човешкия репертоар. Те включват музикални, обикновено изпълнителски (най-често на пиано), художествени (рисуване, живописване, моделиране), календарно пресмятане (недостъпно за неувредените хора), математически, технически и пространствени умения. Други специални умения се свързват с феноменални езикови умения, т. нар. полиглот-саванти.

– Уменията съществуват над широкия спектър от умения, определени като отломъчни и в крайна сметка са феноменални.

– Специалното умение, което винаги съпътства синдрома, е феноменалната памет.

– Уменията са локализирани в дясна хемисфера – несимволични, художествени, конкретни, директно приемани, в контраст с лявохемисферните умения, които са последователни, логически и символни, включващи и езикова специализация.

– Савант-синдромът може би е вроден, съществуващ от раждането или може да бъде придобит вследствие на мозъчна увреда.

Диагностицирането на савант-синдрома се улеснява в някаква степен от наличието на изразени способности. Диагностичната грешка, която се допуска, е, че всички саванти се диагностицират като аутисти, и то от Канеров тип. Така или иначе савант-синдромът си остава едно от неразгаданите състояния на човешкия мозък, особено по отношение на когнитивното функциониране на лицата с този синдром.

Диагностицирането на нарушенията от аутистичния спектър е задължително условие за изготвянето на терапевтични програми. Терапевтирането на нарушенията от аутистичния спектър предполагат много широки компетентности, предлагани от широк терапевтичен екип, в който всеки член на екипа допринася за повишаване на ефективността на въздействието при това изключително сложно развитийно нарушение.

#### **I. Формиране на привързаността в детска възраст**

През 1969 г. Боулби дефинира термина „attachment“ като „наличие на продължителна психологическа свързаност между човешки същества“. Моделите и организацията на човешката личност се създават още в ранното развитие на индивида. Какъв ще бъде човекът в съзнателния си живот, как ще общува с другите, как ще възприема себе си и другите до голяма степен зависи от ранните му интеракции. Началото на историята на човешката личност, както успехът в света на възрастните, се базират на изграждането на привързаност в първите етапи на развитието. Бебето няма само едно – взаимодействие на привързаност. То обикновено формира многобройни връзки, които са разположени йерархично, макар че съществува една предпочитана фигура, към която се обръща в ситуация на дистрес.

Ако бебето получава адекватен отговор на своите послания и сигнали, то формира „вътрешни работещи модели“, които имат умствени и емоционални аспекти и с израстването се пренасят и в отношенията с другите. Бебе, чиято майка отговаря бързо и сензитивно на неговите сигнали, започва да се възприема като заслужаващо внимание и помощ. То започва да очаква, че другите хора около него ще реагират позитивно, когато се нуждае от нещо. Бебето придобива чувство за ефективност и сила, вярата, че нещата могат да се случват. Вътрешните работещи модели на привързаност изграждат образците за различни видове връзки, в резултат на което детето става по-компетентно в различните видове дейност. Дж. Боулби допуска съществуването на вродена способност или предразположеност за формиране на привързаност. В първите месеци след раждането съществуват някои специфични поведенчески активности от страна на бебето, които провокират определени действия от страна на майката. Тези отношения са основата за развитието на детското его и идентичност. Специфичната поведенческа активност от страна на детето и майката са предпоставка за формиране на нормална привързаност.

Привързаността е дълбока и трайна връзка, образувана между детето и този, който се грижи за него в първата година от живота

му. За формирането на привързаност важно влияние имат всички компоненти на човешката личност – ум, тяло, емоции, отношения и ценности. Привързаността не е нещо, което родителите правят за децата си, а е нещо, което децата и родителите изграждат заедно на базата на реципрочни отношения. Привързаността към протективен и обичаш родител, който предвижда, ръководи и подкрепя, е базисна човешка потребност, вкоренена в милионите години еволюция на човешкия род. Човекът притежава инстинкт да се привързва – бебето инстинктивно протяга ръка за сигурност към грижещия се за него. Родителите инстинктивно протектират и отглеждат потомството си. Привързаността е физиологичен, емоционален, когнитивен и социален феномен. Социалният пуск на инстинктивната привързаност се активира в бебето чрез намеци и сигнали от родителя. Процесът на привързване се дефинира като „взаимно регулираща се система“, в която бебето и родителят си влияят взаимно. Първото обектно отношение на детето – връзката с неговата майка, се характеризира с поведение на привързаност, което може да се наблюдава в края на първата година и се състои от „определен брой инстинктивни реакции, които отначало са относително независими една от друга“. Тези реакции се появяват по различно време през първата година от живота на детето. Към тях спадат сукането, вкопчването, следването, плачът, усмивката, които имат за цел да активират поведението на майката. Когато детето е несигурно и разстроено, устремено към изследване на света или иска да сподели радостта си, то има нужда от близостта на майката. За да я привлече и запази близостта си с нея бебето използва т. нар. „вродени сигнали“.

В процеса на развитие инстинктивните реакции се интегрират в по-сложни поведенчески патерни и образуват основата на „поведението на привързаност“. Те се активират от различни външни и вътрешни стимули. Реакциите на тези стимули са свързани с поемането на храна и осъществяването на близост с майката (сукане, вкопчване и следване), както и с активирането и въздействието върху поведението на майката (плач и усмивка). Нито една от тези реакции не е първична спрямо другите. Във връзка с това Боулби различава *привързаност* и *зависимост*. Зависимост е налице, когато детето търси майката само като източник на храна.

Според Уиникът (2008) добрата майка е тази, която дава възможност на детето да изследва и да изгражда идеи. Жизнеността и спо-

собността на майката да се поставя на мястото на детето, да разбира какво изпитва то, кара новороденото да почувства човека в нея. Тя е човекът, който създава удобство на бебето и подрежда средата, в която то живее и се развива. Затова то има нужда да почувства, че майката е там, в ситуацията и е част от нея. Тя осъществява адекватната ситуация, в която и тя и бебето се чувстват комфортно.

Важен аспект от взаимоотношенията между майката и бебето е плачът. Той не се поражда само от потребността от храна, но и от други стимули – кинестетични и тактилни. Когато детето плаче, то моли майка си за помощ. Чрез плача то изразява вътрешни състояния, предизвиква отзивчивостта на тези, които се грижат за него или се опитва да вземе контрол над тях. Бебето изпитва удоволствие в плача по същия начин, по който изпитва удоволствие от упражняването на всяка телесна функция. За него е интересно всяко ново постижение. Плачът за него е ценен, защото носи успокоение и дава увереност, когато е тревожно и несигурно.

Когато плачът е писклив и пронизителен майката знае, че тогава детето изпитва болка. Тази болка може да има различни причини, да не бъде физическа, а например да е в резултат от появата на опасения. Когато бебето е в период на опознаване на нещата то започва да разбира, че при някои обстоятелства трябва да очаква болка.

Бебето изпада в състояние на гняв, ако бъде разочаровано от майка си. То крещи, вика и се тресе, хапе и драци, имайки намерение да разруши всички и всичко, включително и себе си. Когато плаче от гняв, то все още вярва на майка си, надява се, че може да я промени. Яростното бебе знае какво иска, как да го получи и не престава да се надява.

Когато бебето плаче от скръб, то е изминало дълъг път на развитие на чувствата си. Тъжният плач е музикален, то експериментира различни тонове, докато дойде сънят или удави мъката си. Този плач е знак, че бебето си е спечелило място в света и е започнало да поема отговорност за средата. То вече не просто реагира на обстоятелствата, а се чувства отговорно за тях. Тъжното бебе има потребност да знае, че още е обичано и иска да бъде оставено спонтанно да се възстанови от тъгата и чувството за вина.

Много важен момент в интеракцията между майката и детето е усмивката. Тя е основно средство за поддържане на взаимността, отговор на чуждото присъствие, израз на добро отношение. Тя се появява рано в детското развитие – обикновено около шестата седмица.

Първите усмивки са отговор на вътрешни състояния, но те постепенно се превръщат в отговор на външни събития. Това е движение от интерналност към екстерналност, при което към физиологичния компонент постепенно се прибавя когнитивен, емоционален и социален. Това означава постепенно формиране на способността за разпознаване и интерпретиране на външни стимули.

Бebешката усмивка е отговор, имащ за цел привличане на вниманието на грижещия се и окуражаването му за позитивен отговор. Усмивката и позитивният афект помагат на бебето да се чувства сигурно и безопасно.

Детето се привързва в зависимост от грижите, които получава. Когато за него се грижат отзивчиво, непренебрежително и постоянно, то формира съответен стил на привързаност към грижещия се. Качеството на привързаността създава основата, на която детето изгражда чувството за себе си, което определя по-нататъшните му взаимодействия. Поведението на привързаност се поражда от възприятията за болка, изтощение, при липса на майчина фигура, уплаха или стресиращи събития в ранното детство.

Базисните функции на сигурната привързаност за детето са:

– Да придобие базисно доверие и реципрочно да отговаря, което е основата на бъдещите емоционални отношения.

– Да проучва средата с чувство на сигурност и безопасност, което води до пълноценно когнитивно и социално развитие.

– Да развива способности за саморегулация, което резултира в ефективно управление на импулсите и емоциите.

– Да създава основите за формиране на идентичност, включваща усет за компетентност, собствена стойност и баланс между зависимост и автономия.

– Да установява просоциални морални рамки, което влече след себе си емпатия, състрадание и съвест.

– Да генерира същностна система от убеждения, обхващаща когнитивни оценки за себе си, родителя, другите и живота като цяло.

– Да се снабди със защити срещу стреса и травмата, което включва формиране на ресурси.

Привързаността може да бъде създадена само в контекста на отношенията, включващи отглеждане, невредима власт, очен контакт, усмивка, позитивен афект и нужда от изпълнение. Комуникацията, предадена чрез докосване, е най-силния начин да се създаде човеш-

ко отношение. Привързаността повлича обич и грижовно докосване, така както и сензитивността в подходящи граници и предели. Без докосване децата могат да умрат, а агресивното докосване води до развитие на тежки биопсихосоциални проблеми.

Очният контакт е също много важен за формиране на привързаността. Когато тя не е формирана детето използва очния контакт, за да манипулира, контролира и третира другите.

Формирането на сигурната привързаност предполага наличието на няколко основни етапа в отношенията родител – дете:

– Етап на хомеостатичен контрол: 7 – 10 дни след раждането. На лице е контрол върху вътрешните и външните системи и моторната активност. Грижещият се трябва да притежава дълбоко чувство на емпатия и да бъде в синхрон с детските потребности.

– Етап на удължаване на вниманието и интеракциите (1 – 8 седмици). Детето използва капацитета си за задържане на вниманието на родителя – усмивка, вокализация, лицева експресия, което сигнализира за възприемчивост към намеци и знаци. Детето постепенно се научава да синхронизира отношенията си. Това предполага висока сензитивност от страна на родителя при улавяне на намеци и потребности от подкрепа.

– Етап на тестиране на граници (3 – 4 месеца). Родителят и детето тестват детските граници, като взаимно се опознават и научават повече един за друг.

– Етап на поява на автономия (4 – 5 месеца). Бебето започва да търси и да отговаря на социалните намеци, развива имитативни способности, иска да играе с предмети. Нарастват чувството му за автономия, доброволният контрол върху средата и чувството за компетентност. Когнитивното развитие се характеризира с придобиването на нови знания за звуци, звукове, повърхности, светлини и др. Търси внимание и реагира с плач при прояви на невнимание към него. Постепенно осъзнава, че обектите имат постоянни характеристики, търси ги когато са извън зрителното му поле. В този период родителите трябва да са толерантни към нуждата от привързаност и автономия.

## **II. Последници от липсата на адекватна привързаност**

Детето се привързва в зависимост от грижите, които получава. Когато за него се грижат отзивчиво, непренебрежително и постоянно



но, то формира съответен стил на привързаност към грижещия се. Качеството на привързаността създава основата, на която детето изгражда чувството за себе си, което определя по-нататъшните му взаимодействия. Поведението на привързаност се поражда от възприетията за болка, изтощение, при липса на майчина фигура, уплаха или стресиращи събития в ранното детство.

Един от индикаторите за формиране на сигурна привързаност е привързаността към несоциални обекти. Уиникът ги нарича „преходни обекти“. Това са играчките, предметите, помагачи на детето да се отдели от майката. Детето слага палец в устата или лапа играчка, получавайки удовлетворение на възбудата си, но и изразява чувството си на привързаност. Този предмет става много важен за бебето, тъй като това е първото нещо в света, което принадлежи на детето и което същевременно не е част от собственото му тяло. Чрез привързаността към несоциалните обекти детето поставя началото на установяване на взаимоотношенията си със света. Преходният обект е границата между състоянието на слятост с майката и изграждане на взаимоотношения с нея. Тази привързаност към предмет е много важна от гледна точка на отсъствието на майката. Когато нея я няма той представлява вътрешния вариант на майката, като по този начин бебето понася по-леко раздялата с нея. Взаимодействието с преходния обект създава основата за игровата способност на детето. С времето тези обекти избледняват, но остава група явления, простиращи се извън сферата на детската игра, а именно тези на културните дейности и интереси.

Бебето има няколко поведенчески активности, чрез които търси и създава контакт с майка си. Сукането е един от начините не само да получи храна, но и да развие привързаност. То е пряк път за осъществяването на допир. Докосването е начин на оцеляване, а контактът с кожата улеснява формирането на привързаността. Когато суче бебето изпитва чувство на топлина, обич и спокойствие. Майката също изпитва спокойствие, сила и увереност, че тя може да осигури на детето си това, от което то се нуждае.

Според Боулби, ако майката и бебето са непрекъснато заедно, само тогава у бебето може да се изгради сигурна привързаност. Емоционалната сигурност за бебето на първите етапи от развитието му се осигурява от допира с майката. В теорията за привързаността значение имат три групи фактори:

- физически;
- емоционални;
- социални.

Първата група се отнася по-скоро до физиологични фактори и включва особеностите на централната нервна система и хормоналното развитие.

Една от важните роли на емоциите във формирането на привързаността е да бъдат участници в преценката на вътрешния свят и на външната среда на детето.

Крайната цел в процеса на формиране на адекватна привързаност е установяването на успешни социални взаимодействия. Само този, който може да оцени афективното състояние на другия, може успешно да взаимодейства в социалното пространство.

Привързаността е резултат от процеса на формиране на връзка, която се осъществява между детето и майката или грижещия се през първата година от живота. Първата година е годината на потребностите. Потребност от докосване, от контакт, от движение, от усмивка, от храна. Когато бебето изпитва определени потребности, то обявява за тяхното съществуване чрез плача си. Майката разпознава и задоволява тази потребност и в процеса на интеракция чрез многократни повторения бебето научава, че светът е сигурно място и развива доверие към него и другите. Формирането на емоционални връзки кара детето да се чувства свободно в своята среда и уверено, че може ефективно да изследва света. Привързаността е взаимен процес, при който детето и майката заедно създават дълбока, грижовна връзка.

Привързаността е основополагаща за развитието на умствените способности и емоционалността на детето и има огромно значение за емоционалното, когнитивното и социалното функциониране в целия по-нататъшен живот на човека.

Сензитивният родител задоволява базисните нужди на детето, което облекчава детския дискомфорт и възбуда. Децата с адекватно формирана привързаност се доверяват на другите и вярват, че техните нужди са валидни. Тези, които не я формират са с висок риск да развият:

- ниска самооценка;
- поведение на нуждаещ се, прилепчив и псевдонезависим;
- поведение на декомпенсация при стрес;
- загуба на самоконтрол;

- неспособност за развитие и поддържане на приятелство;
- сепарация и опозиционно настроение към родителите;
- антисоциално поведение;
- агресия и насилие;
- неспособност за доверие и интимност;
- ненадежден, песимистично настроен към себе си, семейството и обществото;
- липса на емпатия, състрадание и угризения;
- поведенчески проблеми и проблеми с ученето.

Нарушенията на привързаността не водят само до емоционални и социални проблеми, а резултат в биохимичните функции на развиващия се мозък. Децата, растящи без любов и сигурност, имат екстремно високи нива на стрес-хормоните, което може да увреди нарастването и развитието на мозъка и тялото. Невробиологичните последици от емоционалното неглежиране могат да доведат до поведенчески нарушения, апатия, депресивност, проблеми с ученето или хронични соматични заболявания. Юношите с разстройство на привързаността три пъти по-често извършват криминални действия. Наблюдава се и т. нар. „пирамидален ефект“ – деца, които не са формирали привързаност израстват като родители, неспособни да изградят базисна привързаност у децата си.

Една от най-пагубните последици от малтретирането и неглежирането на детето е хроничната му неспособност да модулира емоции, поведенчески модели и импулси. Формираната привързаност играе важна роля при овладяването на самоконтрола от детето. „Първата функция на родителите е да помогнат на детето да модулира възбудата си чрез времево разпределени провизии за игри, чувства, комфорт, докосване, гледане и др. – накратко чрез обучението в умения, които ще му помогнат в бъдеще да модулира своята собствена възбуда. Това модулиране родителите постигат чрез балансиране на регулацията – стимулират (регулация нагоре) или утешават (регулация надолу). Неспособните да сторят това родители формират или хронична висока възбудимост или обратно – недостатъчни нива на възбуда. Известно е, че повече от 80% от малтретираните деца развиват дезориентационно-дезорганизационни модели на привързаност, резултиращи в широк набор от симптоми“. (Lyons-Ruth, 1991).

Регулацията на емоциите и поведението е съставна част от психичното здраве, което се изгражда в процеса на интеракция между

родителя и детето. Сигналите от детето (погледи, викове, гукане и др.) повишават емоционалните реакции у родителя. Депресивните, малтретиращи или неглежиращи родители не могат да отговорят на детските емоции и нужди, поради което детето израства без необходимата външна регулираща подкрепа (Robinson, Geaves, 1996, цит. по Матанова, 2008), което резултира в три основни реакции:

– Разстройства в чувствата за себе си – чувство за алиенация и самота, нарушена представа за собственото тяло.

– Неспособност за контролиране на импулсите – физическа и сексуална агресия, самообезобразяване.

– Липса на доверие и интимност. Приемат другите като заплашващи.

### **III. Етиология на разстройствата на привързаността**

Причините за това разстройство трябва да се търсят във формирането на отношенията родител – дете и на привързаността между тях. Съществуват редица фактори, които се отнасят както до родителите и децата, така и до средата.

По отношение на родителите бихме могли да обособим следните етиологични фактори:

– Малтретиране и/или неглежиране на детето.

– Липса на обич и несензитивни грижи.

– Депресия.

– Тежки или хронични психични разстройства.

– Родителстване в юношеска възраст.

– Злоупотреба с психоактивни вещества.

– История на трудности в привързаността.

– Продължителни отсъствия (затвор, хоспитализация, изоставяне и т. н.)

Етиологичните фактори, свързани с детското функциониране, са:

– Темпераментови особености, липса на „пасване“ с родителя.

– Преждевременно раждане.

– Нестихващи болки или колики.

– Соматични, неврологични или биологични проблеми – неврологична увреда, фетален алкохолен синдром, вътреутробна интоксикация и др.

– Генетични фактори – семейна история за умствени нарушения, депресия, агресия, криминално поведение, злоупотреба с лекарства и психоактивни вещества и др.

Средовите етиологични фактори могат да бъдат формулирани като:

- Нисък икономически статус.
- Насилие в семейството – жертва и/или свидетел.
- Загуба на стимулираща подкрепа от родители и родственици – смърт, изоставяне и др.
- Множество местения извън дома, както и честа смяна на грижещия се.
- Психотравмиращи ситуации – брачни конфликти, семейна дезорганизация, хаос, насилие и др.

### ***Следродилната депресия на майката***

Депресията при майките има дълбок и продължителен ефект върху бебето. 10 – 12% от бременните са с хронична депресия, което се отразява върху състоянието на плода. Такива деца са раздразнителни, трудно се утешават, имат известно изоставане в развитието на моториката.

40 – 70% от родилките имат следродова депресия, вследствие на радикалната промяна на хормоналните нива, а около 30% имат продължителна и тежка постратвена депресия. Такива майки имат трудности да полагат качествени грижи за децата си, което е както вследствие на депресивната симптоматика, така и поради нечувствителността им по отношение на детските намеци. Ако депресията продължи през първите шест месеца, закъсненията в детското развитие ще касаят локомоцията, нарастването на тегло и по-ниската социална отзивчивост. Когато депресията на майката продължи през цялата първа година от живота на детето, то показва профил на поведенческа и физиологична дисрегулация, което може да резултира в поведенчески проблем или агресия в предучилищна възраст.

Има изследвания, които показват, че децата на депресивни майки имат по-висока сензитивност и чувство за отговорност на дистреса на другия. Две-тригодишни деца на майки с депресия е много по-вероятно да са разстроени и прекалено ангажирани, когато има конфликт или дистрес и са много по-задоволяващи се от игрите с връстници. Тези деца показват повече загриженост и конформни отговори към

техните майки. Депресивните майки е много по-вероятно да бламират своите деца при дистрес, да показват повече разочарование от децата си, да използват стратегия за вменияване на вина с цел регулиране на детското поведение.

### ***Неотзивчивото дете***

Някои деца са физически и емоционално неотзивчиви към родителите. Това може да е резултат от действието на няколко фактора: темпераментови особености, въздействия на лекарства, нестихващи болки, пренатален или постнатален стрес, генетична увреда или нарушение.

Порочният кръг на развитие на отношенията родител – дете има четири основни компонента:

- Детето не отговаря с комфорт и релаксация на усилията на родителя за утешение и успокоение.
- Родителят става тревожен, гневен, несигурен, започва да губи увереност, че полага адекватни грижи.
- Всеки от двамата в диадата родител – дете се отдръпва или започва все повече да става натрапчив и/или наказващ.
- Неотзивчивостта повишава стреса и тревожността, негативните намеци и сигнали формират у детето несигурност.

Често такъв цикъл се формира у деца с продължителни колики и болки. Майките на такива деца са по-тревожни и експериментират. 80% от родителите, които физически малтретират децата си, съобщават за ексцесивен плач като причина за малтретирането. Някои смятат, че нестихващите колики са в резултат на неефективни грижи, а други, че неефективните грижи са в резултат на физиологичната кондиция на детето.

## **IV. Видове привързаност**

Според Ainsworth (1962) могат да бъдат наблюдавани три модела на детско поведение по отношение на родителя:

- поведение на *сигурна привързаност*;
- *несигурно-избягващо* поведение;
- *несигурно-амбивалентно* (резистентно) поведение.

При сигурната привързаност детето се разстройва, когато майката напуска стаята, но дистресът не е ексцесивен. Налице са знаци

на топлота при последваща среща. Детето бързо релаксира и се връща към играта.

При несигурно-избягващата привързаност детето показва малък или липсващ дистрес, когато майката напуска стаята и активно избягва или игнорира майката, когато тя се завърне. Майката също го избягва и го наблюдава отдалече.

При амбивалентно-резистентната привързаност детето е в екстремно дистрес от сепарирането, прилепва се за майката и остава близко до вратата, плачещо. Търси контакт след срещата, но не може да си го позволи и затова бута гневно майката.

Тези детски реакции на сепарацията и срещата рефлексират както върху историята на отношенията родител – дете, така и върху родителския стил и психосоциалното функциониране на детето (Bretherton, 1985).

Съществува и още една категория деца, характеризираща се със загуба на кохерентност. Тези деца се класифицират като дезорганизирано-дезориентирани. Тяхното поведение се характеризира със 7 вида реакции:

- Последователно демонстриране на противоречиви модели на поведение. Екстремно показва поведение на привързаност или гневно поведение, последвано от отдръпване и студенина.

- Едновременно демонстриране на противоречив тип поведение. Детето показва търсещо поведение и поведение на отдръпване по едно и също време.

- Некомплектувано или прекъснато движение и/или експресия.

- Стереотипни, персеверативни, асиметрични, ненавременни движения и непривични пози.

- Замръзнали, тихи, бавни движения и експресии.

- Показване на отзивчивост и зачитане на родителите. Често показват екстремни страхове в отговор на отношение на родителя – закрива лицето си с ръце, бяга далеч, когато родителите се връщат или приближават към него.

- Директно показва дезориентация и дезорганизация. Бързо сменя афектите – смях – плач, прави впечатление дезориентираната му експресия при приближаване на родителите.

15% от децата с двама родители показват модели на дезорганизирана привързаност. Тези стойности достигат 82% когато семейството е с висок риск от малтретиране, употреба на психоактивни вещества,

депресия на майката, negliжиране на детето, родителстване в юношеска възраст и др. (Lyons-Ruth, 1991).

Децата с дезорганизирана привързаност се етикетират като нерешителни, страхливи, травмирани. Те не се оплакват от загуби, страхуват се да си признаят минали травми (Main, 1994). Активно и презрително обезценяват привързаността и често малтретират или negliжират децата (Lyons-Ruth, 1991). Майките на такива деца често имат история на семейно насилие или злоупотреби. Такива майки не са в синхрон с детските нужди и дават неточни, неподходящи или противоречиви намеци на децата си (Lyons-Ruth, 1994). Те показват високи нива на негативни афекти към децата си и ниски нива на нежност. Често родители, израснали в малтретиращи семейства, пренасят своите страхове и нерешителност и на своите деца, проявяват се като нечувствителни, злоупотребяващи, депресивни, с липса на любов и привързаност. Децата на такива родители са поставени в парадоксална ситуация: близостта до родителите увеличава детските страхове, а в същото време те се нуждаят от успокояващ контакт и подкрепа. Тази ситуация освобождава от тях страхове, отнасящи се до сигурността и комфорта.

## **V. Класификация на разстройствата на привързаността**

В DSM-IV-TR (2000) са формулирани два типа разстройство на привързаността в ранното детство – инхибиран и дезинхибиран.

При инхибирания тип децата са амбивалентни, противоречиви, с инхибирани или свръхбдителни отговори. При дезинхибирания тип децата са недискриминативни, свръхсоциабилни, със загуба на селективна привързаност. Често те са фамилиарни с непознати хора, а студени с родителите си. Симптомите и на двата типа се появяват преди петгодишна възраст. Диагностицирането на такъв тип разстройство предполага история на патогенни грижи за детето и наличие най-малко на един от следните фактори:

- Постоянна липса на внимание относно детските базисни емоционални нужди от комфорт, стимулация и обич.
- Постоянна липса на внимание относно детските физиологични нужди.
- Повтаряща се смяна на грижещия се, което препятства формирането на стабилна привързаност.



Наблюдават се три типа нарушена привързаност:

– Непривързаност – децата демонстрират невъзможност за формиране на емоционални отношения с родителя, което резултира в тежки увреди в капацитета за формиране на отношения, когнитивни функции и импулсен контрол.

– Тревожна привързаност – детето е способно да формира отношения с фигурата на привързаност, но отношенията се характеризират с тежки конфликти, отнасящи се до емоционална и физическа съвместимост.

– Прекъсната привързаност – тя е следствие от значителни и вредни сепарации и загуби на фигурата на привързаност, което провокира интензивна тревога и продължителни негативни ефекти върху развитието на доверие.

Нарушенията на привързаността представляват дълбоки и первазивни разстройства в детските емоции за закрила и сигурност. Те предлагат критерии за пет вида разстройства на привързаността:

– *Непривързани*: неуспех в развитието на отношенията с предпочитана фигура.

– *Недискриминативни*: неуспех за проверка на подкрепата на родителя в непозната среда и неуспех в използването на фигурата на привързаност като сигурен подслон, когато е в дистрес. Такива деца са или приятелски недискриминативни, или безразсъдни с катастрофални склонности.

– *Инхибирани*: неготовност да рискува далеч от фигурата на привързаност в ситуации на проучване. Те показват или ексцесивна прилепчивост или компулсивност.

– *Агресивна привързаност*: гневни и агресивни, генерализират отношението си към фигурата на привързване – към другите и към себе си.

– *Привързаност с обърнати роли*: те са с контролиращо поведение по отношение на родителя, понютивни, отблъскващи, враждебни. Детето си присвоява ролята и отговорностите, присъщи обикновено на родителя.

Специфичната поведенческа активност от страна на детето и майката са предпоставка за формиране на нормална привързаност. Когато този, който се грижи за детето отговаря адекватно на неговите потребности то започва да формира у себе си доверие към света. Този процес е известен като „цикъл на доверие“. Децата, които развиват

способността си да интернализират сигурност и безопасност и могат да „боравят“ с емоциите си, умеят да приемат и да се учат от несполуките си.

## VI. Терапевтични принципи

За съжаление традиционните психотерапевтични подходи не са ефективни при разстройствата на привързаността. Децата с тежка форма на това разстройство не формират доверие и работна връзка за постигане на успех в терапията. Липсата на сигурна привързаност в ранните детски години резултира в необходимост да се контролира всичко, в страх от близост и липса на взаимност. Предизвикателството на терапията е да се поеме грижата за заздравяване на подкрепата и постепенното формиране на работна връзка с детето. Характеристиките, които създават трудности при тези деца, са с антисоциална окраска – липсата на емпатия, прояви на гняв, предизвикателно поведение, непокорство, недобросъвестност, егоизъм и др. Терапията се стреми да формира основните и най-важните умения за успешно функциониране в семейството и обществото.

Най-често използваната терапия е т. нар. *Holding Attachment Therapy*. Тя е базирана върху прекъсването на порочния кръг в отношенията между родителите и децата, във взаимодействието майка – дете. Според критиците на тази терапия, тя не е ефективна, защото травматизира вече травматизираното дете. Привържениците ѝ обаче са на мнение, че е необходимо да се предизвика криза, от която може да се излезе от защитеното терапевтично пространство.

Терапията включва контролиране на проблемите в поведението, стимулиране и вербализация на негативните чувства, поощряване на споделянето с акцент върху различията между хората, както и стимулиране на срещи с позитивна насоченост. Основната цел на тази терапия е да помогне на детето да преодолее дисфункциите в привързаността. Важното в тази терапия е да подпомогне изграждането на връзката между родителите и детето, както и да се разсее страхът на детето да обича и да бъде обичано.

Главната динамика в терапията е афективната регресивност, необходима за туширане на емоционалните рани, които управляват поведението на детето. Терапията трябва да позволи на детето да допусне дълбоките, истински и интензивни емоции. Коригиращото

емоционално преживяване помага на детето да покаже тези чувства, да ги разпознае и да си ги спомни, както и да идентифицира събитията и замесените в тях хора. Преминавайки през това преживяване се разширяват стари патологични емоции, като се изграждат нови силни връзки. По време на холдинг терапията детето се носи от двама терапевти и/или родители. Терапията трябва да осигури физическа съдържаност, която се насърчава отново, когато плашещите чувства се събудят. Терапевтът поддържа контакт очи в очи с детето през цялото време и ако има нужда обръща главата на детето. Идеята е да се формира емоционален контакт между детето и терапевта и по този начин да се увеличи капацитетът на детето да се привързва. Тази увеличена способност се прехвърля от терапевта към родителя. Терапевтът се отнася към детето със строго регресивен стил, държейки детето под строго и постоянно наблюдение. Според Хюджис (1997) децата, които не формират сигурна привързаност, могат да бъдат насърчени да се върнат към инфантилния етап от развитието си, така че да се подпомогне сформиранието на привързаността.

Levy и Orlans (1998) предлагат терапевтична програма, която включва:

- изграждане на модели на сигурна привързаност, системни, холистични и интегративни интервенции;
- използване на структурата на развитието (преглед, преработване и обновяване).

При изграждане на сигурна привързаност основната цел е да се възпроизведат елементите на сигурната привързаност, които не са присъствали в ранните периоди на развитието. В процеса на отглеждане и поддържане децата се научават на структурираност, хармоничност, емпатия, позитивен афект, подпомагане, взаимност и любов. Сигурната привързаност се изгражда посредством надеждна съдържаност, дозирано докосване, достъп до функциите на „стария мозък“.

Привързаността се развива в контекста на системите за съединяване на взаимоотношенията, които включват връзката родител-дете, брачните отношения, семейните взаимоотношения и в обществото като цяло. Тъй като качеството на взаимоотношенията между майка – бебе се влияе от поведението и нагласите на бащата, системността в терапията означава обхващане на различни социални системи от живота на семейството.

Холистичността и интегративността означават терапията да се фокусира върху ума, тялото, поведението, емоциите, взаимоотношенията и моралното развитие.

Една от най-ефективните терапии е т. нар. десенсибилизиращо и репроцесно движение на очите (Eye movement desensitization and reprocessing – EMDR) на Фр. Шапиро (1987). Първоначално терапията е била предназначена за посттравматично стресово разстройство. Според Шапиро преживяването на травма оказва влияние върху свръхвъзбудимостта на кортикалния локус чрез предизвикване на патологични промени в биохимията на мозъка. Тези промени предизвикват блокиране на информационните процеси, поради което следствията от травмата са замразени. Шапиро смята, че EMDR може да отключи психологически механизъм, който да активира системата на информационните процеси. Човек винаги прилага минали заключения към настоящи ситуации. Когато миналото е травматично, приложението на минали изводи може да бъде неточно. При тази терапия се засяга познавателната способност, която съпровожда паметта за травматичното събитие. Вместо да бъде завинаги заключено в когницията, травмиращото събитие се реализира спонтанно. Като резултат от прилагането на тази терапия драстично се повишава активността в отделни корови структури.

При деца с разстройство на привързаността терапията осигурява механизъм за промяна на „замразените“ заключения. Основната насоченост на терапията е към „ретравматизиране“ на детето. Такива деца често преживяват травматичен епизод в първите две години от живота. Малкото дете, което все още не може да използва „борбата“ или „бягството“, често „замръзва“ или дисоциира. Когато детето не разчита, че родителите могат да осигурят утеха и защита, отговорът на детето е бдителност. За да стане бдително детето вторично е дисоциирало афекта. Това може да стане причина за отслабване на афекта.

### I. Комуникация и комуникативни нарушения

В областта на хуманитарните науки „комуникацията“ се коментира основно в контекста на всекидневното функциониране на индивида, като се смята, че тя подsigурява „обмен на идеи, информация, чувства, настроения, нагласи и позиции между хората“ (G. Shames, N. Anderson, 2002). Комуникацията се възприема като „основен род социално информационно обслужване, процес на социално взаимодействие, осъществявано чрез еднопосочно разпространяване – предаване и приемане, или взаимен обмен на съобщения“ (Алексиева С., 2008). Процесът на комуникация осъществява достигането до определени комуникативни цели, подsigурени от съответни комуникативни умения.

Комуникацията е активен процес, при който говорещият кодира или формулира съобщение, а слушащият декодира или разбира това съобщение. По своята същност комуникацията е социален акт, който изразява интеракцията ни с другите. За да се осъществи този процес е необходима мотивация между партньорите в това общуване за изпращане и получаване на съобщения. Едновременно с това, отправителят на съобщението и съответният получател трябва да разполагат с единен знаков код, съставен от конвенционални символи и правила за тяхното комбиниране, наречен език. Допълнително условие тук е и трансмисията на съобщението чрез използването на различни комуникативни канали/медиатори – слухов, зрителен, тактилен, вкусов, обонятелен. За да приемем като успешен един комуникативен акт е необходимо той да бъде реализиран така, че слушащият да може да стане говорещ и обратното. Следователно, комуникативните средства, използвани в общуването, трябва да бъдат относително еднакви за партньорите.

Традиционно психолингвистичната литература разглежда комуникативното поведение на индивида като „вербално“ и „невербално“ и дефинира понятията „вербална комуникация“ и „невербална комуникация“, акцентирайки върху използването на различни средства в процеса на тази интеракция.

За невербални средства за комуникация се приемат такива елементи от общуването като: паралингвистични средства (интонация, ударение, дикция, тембър и височина на тона, темпо-ритмични особености на речта); лицева експресия; поглед; жестове; допир; отстояние между партньорите.

Вербалните средства за комуникация се разглеждат в контекста на понятията – език (language), реч и говор (speech). Диференцираната употреба на тези термини е от съществено значение за разбирането на същността на комуникативните нарушения и тяхното класифициране, като говорни и езикови нарушения.

*Езикът (language)* е оръдие, средство (инструмент) за общуване (комуникация), който има знаков характер и който служи за анализ на човешкия опит по специфичен начин във всяка човешка общност чрез единици (морфеми, думи, изречения), имащи смислово съдържание и знаково изражение (Георгиев Б., 2006). Езикът съществува във всеки един от носителите му като индивидуална кодова система. През 1966 г. американският лингвист Ноам Чомски (Noam Chomsky, 1966) разглежда въпроса как от дълбинните структури (езикова компетентност) на повърхностно равнище се поражда различно езиково поведение (езикова изява). Езиковите правила (семантични и граматични) са краен брой, знаенето им е имплицитно (неявно, скрито), като с краен брой езикови правила можем да генерираме безкраен брой езикови единици. Чомски въвежда два теоретични конструкта: езикова компетентност (language competence); езикова изява (language performance). *Езиковата компетентност* е знанието (knowledge) на индивида за езика, познаването на езиковата система, която включва езиковите единици и правилата за тяхното комбиниране. Това е „сборът от интуитивните знания на всеки човек за граматиката, речника и употребата на езика. В този смисъл езиковата компетентност е нещо различно от научните знания за граматиката, речника и употребата на езика, които могат да бъдат определени като „металингвистична компетентност“ (Георгиев Б., 2006, с. 17).“ *Езиковата изява* е реалната употреба на езика от индивида в процесите на общуване, кодиране и декодиране на съобщения в различни по вид изказвания. Изразява уменията да се прилагат интуитивните и научните знания за граматиката, речника и употребата на езика във всяко едно конкретно общуване по такъв начин, че да се постигне успех при неговия завършек (Георгиев Б., 2006).

*Речта* е форма на езиковата изява. Модалности на тази езикова изява са *устната реч* (подкрепена в своята материална реализация от говора, или артикулираната реч) и *писмената реч* (включва уменията за четене и писане). Езиковата изява на индивида е подкрепена още от уменията за гнозисно познание за идентификация, класификация и диференциация на говорните звукове и съответните им графеми (фонемни и графемни гнозис); както и от изградената способност за праксисно произвеждане на речевите сигнали (артикуляционен праксис/говор, праксис за писане).

*Говорът (speech)* подsigурява материалната реализация на лингвистичния код, която включва процесите на:

- респирация (говорно дишане);
- фонация (озвучава преминаващата издишна струя);
- артикулация (специфични движения на езика, небцето, устните и зъбите за продукцията на фонемни);
- резонанция (резонаторните кухини – гърлена, устна и носна, играят ролята на резонатори в процеса на звукообразуването).

С други думи, говорът е един сложен физиологичен процес, който предполага координирането на дейността на редица органи, които участват в образуването на звуковете.

## II. Говорни нарушения

### 1. Специфични артикуляционни нарушения (дислалия)

Артикуляционните нарушения безпорно обхващат сериозен процент от популацията деца в предучилищна и начална училищна възраст, като традиционно се приема, че са най-разпространеното комуникативно нарушение. Те се дължат на различни фактори – анатомични, генетични, фактори на средата. Често negliжираната, нарушената артикулация е в пряка връзка със социалното функциониране както на децата, така и на възрастните.

Изследване на Leske (1981) показва, че около 10% от популацията деца в начална училищна възраст в САЩ демонстрират сериозни проблеми в артикулацията (ASHA, 1981). Veitchman и съавт. (1986) съобщават, че разпространението на комуникативни нарушения в Канада във възрастта 5 години е 6,4%. От установените специфични артикуляционни нарушения в тази популация съотношението момчета/мо-

мичета е 36% към 30%. Karbasi, Fallah и Golestan (2011) изследват 7881 ирански деца в предучилищна възраст и установяват, че при 14% от тях има говорни нарушения (артикулационни, гласови, заекване). От общата популация деца с нарушения (1166 деца) най-висок е процентът на специфичните артикулационни нарушения – 88,6% (1033 деца). За България липсва национално епидемиологично проучване на специфичните артикулационни нарушения. Ежегодно, проучванията на Логопедичния център – София, показват, че процентното разпределение на специфичните артикулационни нарушения варира между 16% и 19% в предучилищна възраст. Проучване на Тодорова (2013) показва, че от изследвани 610 деца на възраст от 4,5 до 7,6 години 503 деца (82%) демонстрират някакъв тип артикулационно нарушение. От тях 303 деца (60 %) са с мономорфен тип нарушение, изразяващо се в неправилна артикулация на сонорните звукове от късна онтогенеза [л] и [р]. При 200 от изследваните лица (40%) е регистриран полиморфен тип нарушение, който засяга фонемни класове предимно от средна (съскави/шушкави) и късна (сонорни [л, р]) онтогенеза, по-рядко от ранна (веларни *комуникация* преградни [к, г]). Високият процент на разпространение се обяснява с факта, че при изследването на артикулацията частичният билабиален ламбдацизъм в твърда позиция л [уъ] не е пренебрегнат, за разлика от други епидемиологични проучвания. От установената популация деца с мономорфен тип нарушение, 159 (52,48%) са деца с нарушена артикулация само на [л], т. е. с ламбдацизъм.

Специфичните артикулационни нарушения се характеризират с *неправилна артикулация на един или повече говорни звука*, най-често на фонемни от късна и средна онтогенеза:

- сонорни звукове [л, р];
- съскави/шушкави звукове [с, з, ц, дз, ш, ж, ч, дж].

Значително по-рядко се наблюдават специфични нарушения на артикулацията на онтогенетично средните [ф, в], и най-рядко на ранните веларни *комуникация* преградни [к, г]. При последните често нарушената артикулация е симптом на структурни увреди, неврологична симптоматика или езиково нарушение.

Специфичните артикулационни нарушения се демонстрират единствено по три начина – *липса* на звука, *замяна* на звукове и *изопачаване* (уподобяване) на нормативната фонема.

Липсите се изразяват в пропускане на определен говорен звук – [амо] вм. рамо, [баабан] вм. *барабан*, [паскова] вм. *праскова*, [ейка]



вм. *лейка* и т. н. Грешките не зависят от опозиционната разпоределеност и звуковия контекст.

Замените се характеризират със замяна на един нормативен звук с друг нормативен звук. Тези замени не са случайни и изразяват промени по акустично сходство – звучност/беззвучност, съскавост/шушкавост, сонорност ([пуря] вм. *буря*, [шоше] вм. *шосе*, [лита] вм. *рита*), или по място на учленение в групата на преградните [к, г, т, д] ([татерица] вм. *катерица*, [дъди] вм. *гъби*).

Изопачаванията от своя стана се изразяват в генерирането на ненормативен, уподобен звук, който не е част от звуковия (фонемен) инвентар на даден език. За българския език като най-характерно изопачаване се определя т. нар. „частичен билабиален ламбдацизъм“, при който нормативната фонема [л] се изговаря лабиално с помощта на горната и долната устна като [уъ], когато е в твърда позиция (в срички, в които звукът е в комбинация с гласните *а, о, у, ъ*) – [уампа] вм. *лампа*, [шокоуат] вм. *шоколад*, [уук] вм. *лук*, [уък] вм. *лък* и т. н.

Специфичните грешки на нарушената артикулация са системни и устойчиви по своя характер. Те не се влияят от: мястото на звука в думата (начало, средисловие, краесловие); фонологичния контекст на силабемата (сричката) или думата, т. е. звуковият контекст не оказва влияние; езиковата форма – изолирана фонема, силабема, словоформа, изречение; вида на езикова изява – спонтанна реч, повторна реч, провокирана реч.

Артикулационните нарушения са характерни най-вече за предучилищната възраст. Ако нарушението е в чист вид, подходящата възраст за предприемане на логопедична интервенция е около 5 години.

Типологизирането на специфичните грешки в артикулацията се извършва на основата на два класификационни признака: 1) вид на засегнатата консонантна група; 2) брой на фонетичните класове с неправилна артикулация.

Първият признак дефинира видовете нарушения, като сигматизъм, ламбдацизъм, ротацизъм, капацизъм/гамацизъм, тетизъм/дедизъм.

Вторият признак определя нарушената артикулация, като *мономорфен* или *полиморфен* тип. Мономорфният тип нарушение на артикулацията (среща се още като мономорфна дислалия) се характеризира с неправилна продукция на говорни звукове **само** от една група. Например: *ротацизъм* + *ламбдацизъм* е мономорфен тип нарушение

(независимо че има неправилна артикулация на два звука), тъй като засяга единствено групата на сонорните звукове в българския език. Също така, неправилната артикулация на съскавите и шушкавите консонанти [с з ц дз ш ж ч дж], отново е мономорфен тип нарушение, тъй като осемте звука формират един фонеман клас. Полиморфният тип артикулационно нарушение (среща се още като полиморфна дислалия) се изразява в неправилна продукция на две или повече групи говорни звукове. Например: *сигматизъм + ротацизъм* или *капацизъм + сигматизъм + ламбдацизъм + ротацизъм*.

Специфичните артикулационни нарушения в детска възраст би трябвало да се разглеждат като комуникативно нарушение, което е причина или следствие от нарушено детско функциониране. Абнормностите в говорното поведение на децата не би следвало да се интерпретират единствено в лингвистичен и материален аспект, но и като фактор, който взаимодейства с личностното, социалното, емоционалното, поведенческото, училищното и професионалното функциониране.

## 2. Ринолалия

Терминът „ринолалия“ се отнася до нарушение на говора, което е следствие от структурни увреди на говорния апарат (орофациални аномалии) – вродени цепки на устните, твърдото и мекото небце. Разпространението на вродените цепнатини на устната и небцето е 1:700 раждания, като над 60% от децата имат нужда от 3 до 6 оперативни намеси до края на растежа, а само за 10% хирургичното лечение е еднократно и единствено необходимо (Анастасов Ю. и съавт., 2008). Проучванията показват, че близо 90% от пациентите имат нужда и от нехирургично лечение – ортодонтско, логопедично, УНГ и др. (пак там).

Ринолалията е свързана със структурни увреди на артикулационния апарат, поради което освен нарушена артикулация се наблюдават и проблеми във фонацията и дишането. Този структурен дефект често води до изменения в резонаторните свойства на говорния апарат, провокира колебания в дишането, фонацията и артикулацията (Енева Й., 1997). Според Енева, детето с цепка на устната и небцето се приспособява към дефекта си, от деня на своето раждане, като изгражда неправилни говорни навици и развива компенсаторен артикулационен механизъм. Авторката класифицира засегнатите об-

ласти във функционирането: особености в храненето, нарушения в положението на езика, нарушения в дейността на мекото небце, нарушения на дишането, фонацията и артикулацията, зъбно-челюстни аномалии, нарушен слух.

Ринолалията се интерпретира като общоговорно нарушение, което засяга всички говорни процеси – респирация, фонация, артикулация, резонация. Ипполитова (1968) изтъква, че при ринолалия е засегната продукцията както на вокали, така и на консонанти, за разлика от специфичните артикулационни нарушения (дислалия), където се регистрира неправилно звукопроизношение единствено на съгласни звукове. Според Волкова (1989) друг диференциален признак е наличието на назална емисия при говор (носово говорене, назален резонанс, ринофония) и промените в тембъра на гласа.

Диагностичните симптоми при ринолалия са:

- Орофациални аномалии, вродени цепки на устните и небцето.
- Общоговорно нарушение (засегнати дишане, фонация, артикулация, резонация).
- Назална емисия при говор (назален резонанс, ринофония)
- Маладаптивна компенсаторна моторика.
- Засегнати са както вокалната (гласни звукове), така и консонантната система (съгласни звукове).
- Типовете нарушена артикулация зависят от велофарингиалната дисфункция, намаления обем на интраорално въздушно налягане, структурните изменения и степента на увредата.
- Грешките зависят от позиционната разпределеност и сложността на звуковия контекст.

### **3. Дизартрия**

Също както ринолалията, дизартрията е общоговорно нарушение, което обхваща дисфункция на процесите – дишане, фонация, артикулация и резонация. Причините за това обаче са различни. Дизартрията се дължи на нарушена координация на говорния процес, обусловена от увреди на централната или периферната нервна система. Нарушената артикулация е следствие от недостатъчна инервация на артикулационния апарат. Увредите могат да бъдат паретични (булбарни/псевдобулбарни), тонусови (Атетоза, Хорея, Паркинсон), координационни (атаксични или малкомозъчни) и сетивни (Енева Й., 1998). Засегнати са както вокалната, така и консонантната фоне-

тични системи. Характерно за дизартричния говор е усредненото изговаряне на гласните, които се свеждат/усредняват до един звук, като същото важи и за съгласните.

Често дизартрията е симптом при детска церебрална парализа (ДЦП). Състоянието се характеризира с невъзможност за координиране на говора, нарушен мускулен тонус и рефлексии, нарушения на дишането и фонацията, нарушен контрол на моторните функции, в някои случаи и снижен интелект. Умственото развитие при ДЦП се задържа вторично, следствие от характера на двигателните увреждания – децата са лишени от възможност за придвижване, манипулиране с предметите, осъществяване на пълноценни контакти с възрастни и връстници. Следствие от това погрешно са етикетирани като умствено изостанали. Тези особености на когнитивното функциониране обаче често оказват неблагоприятно въздействие на езиковото овладяване и лингвистичното функциониране. Ето защо в повечето случаи клиничната картина при ДЦП включва и неспецифични езикови нарушения.

Диагностичните симптоми при дизартрия са:

- Увреди на централната или периферната нервна система – недостатъчна инервация на артикулационния апарат.
- Общогорно нарушение (засегнати дишане, фонация, артикулация, резонанция).
- Паретични, тонусови, координационни и сетивни нарушения.
- Засегнати вокална и консонантна система.
- Типовете нарушена артикулация зависят от вида и степента на увредата.
- Вторични особености на когнитивното функциониране.
- Възможно съпътстващо нарушение на интелектуалното функциониране.
- Възможно съпътстващо нарушение на езиковото функциониране.

#### **4. Вербална диспраксия**

*Праксисът* е висша корова функция, която се манифестира чрез сложни двигателни програми, представляващи нашите двигателни умения, навици и сръчност, които са придобити чрез тренировка и обучение (Мавлов Л., 2000). В неврологията понятието *диспраксия* се дефинира като – невъзможност или затруднения да се извършват волеви движения, които са координирани, автоматизирани и последо-

вателни, във връзка с достигането на определена цел (Дошева Н., Атанасова П., Чавдаров И., 2004). *Вербална диспраксия на развитието (developmental dyspraxia of speech)* описва трудности във волевото програмиране, комбиниране, организиране, съгласуване и продуциране на говорни звукове (Крумова И., Богацевска Л., Чавдаров И., 2004).

Според G. Shames и N. Anderson (2002) вербалната диспраксия се отнася до много малък процент от популацията деца с комуникативни нарушения и се проявява с три основни характеристики: значителни проблеми в научаването на говорни умения; в процеса на говорна продукция се извършват неподходящи, некоординирани движения, независимо че артикулационните органи имат адекватно ниво, последователност и скорост на отделните движения; много бавен напредък в логопедичната интервенция.

Един от нерешените въпроси в логопедията е дискусията относно етиологията на вербалната диспраксия и диференцирането ѝ от останалите говорни нарушения. Традиционно, изхождайки от афазията и нарушенията при възрастни, се предполага, че тя е следствие от някаква форма на инсулт или малформация на развиващия се детски мозък. Тази хипотеза трудно се потвърждава от клиничната практика, тъй като етиологията взаимодейства с други комуникативни нарушения, свързани с общото двигателно, когнитивно и езиково развитие на децата, т. е. не се изразява в избирателно нарушение на артикулационния, вербален праксис. Друга хипотеза е, че вербалната диспраксия е следствие от сензорна дезинтеграция, която пречатства развитието на двигателни програми за артикулация, планиране, организация и координация на движенията (Крумова И., Богацевска Л., Чавдаров И., 2004). Дошева, Атанасова и Чавдаров (2004) коментират диспраксията във връзка с – паралитични състояния, нарушен мускулен тонус, сензорни нарушения, перцептивни нарушения, неволеви нарушения (атетоза, тремор, дистония), психични заболявания, умствена изостаналост, нарушения на двигателното обучение, наличие на примитивни двигателни модели. Такава гледна точка комплицира диференциалната диагноза и поставя въпроса за разграничаване на спецификата на вербалната диспраксия. Авторите представят данни от епидемиологично проучване, реализирано в СБДПЛРДЦП „Св. София“, според което при 78% от случаите на ДЦП се демонстрират и симптоми на диспраксия, при съотношение 1:4, в полза на момчетата (Дошева Н., Атанасова П., Чавдаров И., 2004).

Американската логопедична асоциация (ASHA, 2005) приема за коректен термина „детска говорна апраксия“ (*childhood apraxia of speech*) и го определя като отделна нозологична единица в областта на артикулационните нарушения. Приемат нарушението като следствие от:

- неврологична етиология – инсулт, инфекции, травми;
- генетични и метаболитни заболявания;
- идеопатично (с неизвестен произход) говорно нарушение, което е с неврологичен характер.

Неизяснената етиология провокира и недостатъчно категорични и недвусмислени диагностични критерии. Според E. Strand (1999, 2003) и A. Skinder (1999) апраксията в детска възраст се проявява чрез: трудности при заемане на артикулационна поза; наличие на гласови нарушения; ограничен репертоар от вокали и консонанти; употреба на срички с лесна структура; затруднено планиране и координиране на движенията в сложен звуков контекст.

Според B. Davis и S. Velleman (2000) диагнозата вербална диспраксия в детска възраст може да бъде категорично поставена след продължителна логопедична интервенция (между половин и една година) на основата на следните характеристики:

- ограничен звуков инвентар – засяга както консонантната, така и вокалната система, характеризира се с наличие на звукове от късна онтогенеза и липса на звукове от ранна;
- ограничена употреба на срички – евентуално продукция на един консонант, съчетан с няколко вокализации; затруднено звуко-съчетание на звукове, които могат да се продуцират изолирано;
- усреднена продукция на вокали – свеждане до един гласен звук;
- възможно е вокализацията да имитират говорна продукция, но да липсват срички и думи; страда дискриптивната езикова функция;
- ограничена употреба на думи;
- научените изрази и фрази са по-лесни, отколкото нови изказвания.

Изследвания на D. Hammer (2003) също потвърждават звукова онтогенеза при диспраксия, несъответна на овладяването и периодизацията в статистическа норма.

Диагностичните симптоми при вербална диспраксия са:

- Общогорно нарушение (засегнати дишане, фонация, артикулация, резонанция).

- Затруднено планиране, организация и координация на движенията за артикулация.
- Засегнати вокална и консонантна система.
- Нарушена периодизация на звуковата онтогенеза.
- Типовете нарушена артикулация зависят от звуковия контекст и праксисната сложност.
- Затруднения с научаването на моторни умения за говор.
- Бавен напредък при специализирана интервенция.

## 5. Заекване

Твърде обсъждан въпрос в областта на комуникативните нарушения е заекването. Заекването се свързва с нарушения на нормалната плавност, което се демонстрира като повторение на звукове и срички, удължаване на звукове, разкъсване на думи, блок на мълчание, нарушаване на последователността на думите в изречението с цел избягване на „проблемните“ думи, вербална продукция с изразено напрежение и др.

Смята се, че заекването се среща при 2 до 4% от децата. Етиологията на нарушението е все още неизяснена, като се предполага наличието на многофакторност, в която имат място както биологични, така и социални фактори. Биологичните фактори се отнасят до съзряването и вида висша нервна дейност, а социалните – до толеранса към стрес и справянето с психотравмиращи ситуации.

Множество изследвания дават основание да се диагностицират две основни клинични форми на заекването в детска възраст:

- невротично заекване;
- неврозоподобно заекване.

Това е само един от възможните подходи за класификация на заекването, който се основава на данни за развитието на висшите корови функции – гнозис, праксис и език.

Невротичното заекване възниква във възрастта между 2 и 5 години и винаги е свързано с психотравма. Спазмите при невротичното заекване са ситуационно определени, като се засилват в ситуации, сходни с психотравмиращата. Важна характеристика на този тип заекване е, че то се увеличава при фиксация на вниманието върху речта, което обяснява и ниската ефективност на изолирана логопедична интервенция върху него. Като предиспозиция на невротичното заекване се отбелязват – повишена невротичност, тревожност, импул-

сивност, страхови изживявания и др. Такива деца обикновено са с изпреварващо езиково развитие, особено по отношение на езиковото разбиране и импресивната реч, което увеличава изискванията на възрастните и ги прави несъобразени с възрастта на детето. Това са най-често деца с особености на семейното функциониране, и по-точно от такива семейства, характеризиращи се с неконсистентни изисквания към детето от страна на родители и близки. Ефективността на терапията се основава на комплексно въздействие, отнасящо се както към самото дете, така и към неговото обкръжение.

Неврозоподобната форма на заекване е коренно противоположна като етиология. При нея също се отчита полиетиологичност, но се приема, че спазмите в устната реч са следствие от когнитивен и семантичен езиков дефицит. За разлика от невротичната форма, при тези деца е налице закъсняло или увредено езиково развитие, лингвистичен дефицит, който засяга предимно семантичната подсистема на езика, но е налице и в останалите области на езиково функциониране: фонология, морфо-синтаксис, прагматика. Първите спазми се отнасят до времето на началните детски опити за съставяне на фраза, което при тези деца е изместено във времето и е около 3-годишна възраст. Спазмите не са ситуационно определени. Ефективността на терапията зависи от успеха във формирането на езиковата система.

Невротичната форма на заекване се причислява към говорните комуникативни нарушения, докато неврозоподобната форма – към езиковите. Какъвто и да е типът на заекването, то може да бъде оприличено като „айсберг“, като тази част, която се „вижда“, е само малка част от симптоматиката на това нарушение. Останалата част е свързана с промяна на психичните състояния и социалното функциониране. Терапията предполага екипна работа и въздействие върху обкръжението на детето.

### **III. Езикови нарушения**

#### ***Специфични езикови нарушения (дисфазия)***

Езиковата система е нарушена, когато езикът е различен по съдържание, форма и употреба от очаквания и асоцииран с възрастта и социокултурната среда. Като цяло детето е носител на езикова патология, когато неговите езикови способности са под очакваните за



годините му и нивото му на функциониране (Leonard L., 2000). Дефицитът в една или повече от лингвистичните области на функциониране (фонология, морфология, синтаксис, семантика, прагматика) определя езиковото нарушение.

Източноевропейската, западноевропейската и англосаксонската школи използват различна терминология и теоретични модели, за да дефинират атипичното езиково функциониране. Източноевропейската школа използва термините – *алалия* и *общо недоразвитие на речта*. В западноевропейската и англосаксонската школи актуални термини са – *дисфазия* и описателния термин *специфични езикови нарушения*.

В МКБ-10 езиковите нарушения в детска възраст са представени в рубриците F80.1 – Разстройства на експресивната реч (дисфазия или афазия на развитието, експресивен тип) и F80.2 – Разстройства на рецептивната реч (рецептивна афазия/дисфазия на развитието).

За *експресивна дисфазия* се приема специфичното разстройство на развитието, при което способността на детето да използва експресивната реч е значително под съответната за него умствена възраст, но разбирането на езика е в нормални граници (МКБ-10, 2003). За да се покрият диагностичните изисквания са описани някои характеристики, като – отсъствие на единични думи/звукосъчетания около 2 години; липса на двусловни изказвания около 3 години; ограничена лексика; свръхупотреба на малък брой думи; липса на вариативност на речника; къси изрази; синтактични и морфологични грешки; трудно свързване на изречения и подреждане на минали събития при разказ. Отбелязано е, че често нарушенията са съпътствани със закъснение или абнормност в произнасянето на звукове и думи. Диагнозата е оправдана единствено, когато:

- степента на закъснение в развитието на експресивната реч е извън рамките на нормата за съответната умствена възраст на детето;
- невербалният интелект и рецептивната реч са в границите на статистическата норма;
- употребата на невербални сигнали (усмивка, жест) и уменията за игра „наужким“ са относително съхранени;
- употребата на невербални комуникативни умения в социалната интеракция са относително съхранени;
- налице е мотивация за комуникация (МКБ-10).

*Рецептивна дисфазия* (разстройство на рецептивната реч, МКБ-10; смесено разстройство на рецептивно-експресивната реч,

ДСН-IV-ТР) е концепт, който дефинира – специфично разстройство на развитието, при което способността на детето да разбира езика е под съответното за неговата умствена възраст ниво. Почти във всички случаи е нарушена и експресивната реч и са налице абнормности в изговарянето на думи и звукове (МКБ-10, 2003). Дефицитът в езиковото разбиране формулира нозологията като спорна, често неясна. Диференциалната диагноза е изключително затруднена и децата с рецептивни нарушения са често етикетирани като умствено изостанали, с намален слух или аутистична симптоматика. Допълнително затруднение създават и недостатъчно надеждните тестове за изследване на слуха и интелекта. Диагностичните указания в МКБ-10 (2003) са свързани с характеристики като – неспособност да се реагира на познати имена – на 1 година (при липса на невербални сигнали); на 1 година и 6 месеца – неспособност да се разпознаят поне няколко обичайни предмета; на 2 години – неспособност да се изпълнят прости общи инструкции. Децата с рецептивни нарушения демонстрират дефицит на вербално-слуховото си внимание. Следствие от нарушеното езиково разбиране те демонстрират неустойчиво внимание към вербални дразнителни. Възможна е и проява на свръхчувствителност към слухови дразнителни (хиперакузия), следствие от напрегане на слуха по посока на акустичните сигнали, в опит да бъдат различени и разпознати.

В ДСН-IV-ТР (2009) се изтъква, че при разстройство на речта (експресивно или рецептивно-експресивно) се нарушават образователните или професионалните достижения, или социалното общуване. Според МКБ-10 (2003) при рецептивна дисфазия се наблюдава висока честота на съпътстващи социални, емоционални и поведенчески нарушения.

Изключващи критерии в ДСН-IV-ТР (2009) са езикови дефицити при умствена изостаналост, двигателно-речеви или сензорни дефицити, или стимулна депривация от заобикалящата среда. Диагнозата може да бъде поставена единствено, в случай че обичайно свързаните с тези нарушения лингвистични симптоми са надхвърлени.

Диференциални критерии между рецептивна дисфазия и аутизъм, според МКБ-10 (2003), са: нормална социална свързаност; нормална игра „наужким“; нормално прибягване до родителите за утеха; почти нормална употреба на жестовете и само леки нарушения в невербалната комуникация.

*Лингвистичният подход* от своя страна идентифицира, дефинира и анализира различията между езиковата система на нормалните деца и на тези с дефицит в нейното овладяване. Термините са описателни и не целят номиниране на диагностична категория. Търсят се: същността на езиковия дефицит във всяка езикова област – фонология, морфология, синтаксис, семантика, прагматика; взаимодействието между тях; взаимодействието между езиковите и неезиковите дефицити; механизмите на овладяване и на нарушение на езика; възможните начини, по които езиковият дефицит може да бъде преодолян. Според тази интерпретация терминът „специфично езиково нарушение“ се отнася до дете, което има трудности в овладяването на езика (в една или повече от областите на езиково функциониране), но не поради интелектуални, сензорни или емоционално-поведенчески проблеми.

Проговарянето е толкова естествен процес за повечето деца, че рядко се замисляме за това как малкото дете успява да овладее тази най-сложна когнитивна способност на човека, едва за около четири години. Изследвания на Bishop и Mogford (1993) показват, че неблагоприятни фактори на въздействие върху езика, като нестимулираща среда или намалено зрение, не оказват значимо влияние върху езиковото овладяване. Дори в случаите на намален слух или практическа глухота, децата развиват езикови способности и комуникативни умения с помощта на жестомимичната реч. Едновременно с това, за някои деца овладяването на езика е изключително трудно, въпреки че нямат дефицити в други когнитивни области и именно това са децата със *специфични езикови нарушения* (СЕН). Епидемиологичните проучвания показват, че СЕН са около 7% от общата популация деца в предучилищна възраст (Tomblin et al, 1997).

Bishop (2006) посочва следните диагностични критерии за специфични езикови нарушения:

– Езикът е значително под нивото, очаквано за съответната календарна и умствена възраст. На тестове за експресивни и рецептивни езикови умения децата със специфични езикови нарушения попадат в най-ниските 10%.

– Невербалната интелигентност и нелингвистичните аспекти от развитието (социални умения, самообслужване) са в статистическа норма.

– Езиковите затруднения не са следствие от намален слух, физически аномалии на говорния апарат, социална депривация, локализирани мозъчни увреди.

Според авторката, обща характеристика на децата със специфични езикови нарушения е: късно проговаряне (около или след 2 години); неправилна продукция на говорни звукове; използване на опростена граматическа структура, като окончания за минало време или спомагателния глагол „съм“ (за англ. език), след възрастта, в която тези категории обикновено са овладени; беден речник – засегнати са лексикален запас и употреба; дефицит на вербалната слухова памет; трудно разбиране на сложни лингвистични структури, особено ако говорещият говори бързо (Bishop, 2006).

При специфични езикови нарушения винаги са нарушени всички подсистеми на езика със съпътстващи дефицити в когнитивното развитие, като потвърждение на факта, че езиковото функциониране е индикатор на когнитивното. Следователно, атипичното езиково овладяване се демонстрира от широк кръг симптоми, свързани с фонологичното, морфо-синтактичното, семантичното и прагматичното функциониране, съпътствани от особености на вниманието, паметта, мисленето и възприятията.

Изследвания на Bishop, North и Donlan (1996) установяват, че една от сериозните характеристики на децата със СЕН е дефицитът във фонологичната краткосрочна памет. Традиционно те се провалят на задачи за повторение на псевдодуми, които са безсмислени произносими комбинации от срички (*perplisteronk*, *blonterstaping*, англ. ез.). Колкото по-дълги са комбинациите, толкова те са по-трудни за повторение от деца със СЕН. Резултатите им са ниски, дори в случай че могат да продуцират правилно включените фонемни.

Специфичното езиково нарушение засяга всички вербални езикови умения за комуникация, зависими от метода и посоката на общуване: слушане, говорене, четене и писане. Детето с езиково нарушение не е способно да използва езиковите правила и не е в състояние да добие езика чрез имплицитно научаване. Необходима е специализирана интервенция, която да включва експлицитно научаване, чрез множество примери и повторения на съответните езикови правила за формата, съдържанието и употребата на родния език. Детето с езиково нарушение изпитва и академични затруднения, защото демонстрира езикови дефицити във всички модалности на езиковата си изява. Независимо че придобива определени фонологични и правописни способности, езиковият дефицит продължава да се проявява във всички области от езиковото функциониране, като морфо-

логия, синтаксис, семантика (речник) и прагматика. Колкото повече академичните изисквания се увеличават, толкова повече езиковите дефицити ще препятстват училищния успех. Тези деца се нуждаят от задължителна специализирана подкрепа, която да обхваща всички области на езиковото функциониране и всички модалности за езиковата изява.

### РОДИТЕЛСКИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ДЕЦА С НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИЕТО

---

През последните няколко десетилетия се измениха коренно становищата на професионалистите относно работата с родителите на деца с нарушения в развитието. Днес вече категорично се приема, че родителите имат съществено място в цялостния терапевтичен процес при тези деца. Това до известна степен е свързано и с тенденцията за деинституциализация на грижите за психичното здраве.

Всяко нарушение в детското развитие, когато е идентифицирано и осъзнато от родителите, представлява тежък стресогенен фактор. Родителските реакции на детските нарушения се определят в последните години от настъпили изменения в структурата и функционирането на българските семейства. Налице са:

- повишено образователно и културно ниво на родителите;
- променени социални роли на членовете на семействата;
- тенденция към по-малки ядрени семейства;
- нарастване на броя на самотните родители (не само майки);
- увеличаване на семействата, които осиновяват деца;
- голям брой разводи;
- неинституционализирани съжителства и т.н.

Освен от всички тези фактори родителските реакции се определят и от характера на нарушението. Независимо от това дали става въпрос за вродено или придобито нарушение, първата родителска реакция е *отрицание* на вече установеното нарушение. Това е свързано с омаловажаване, неглежиране на представената информация, съмнения в компетентността на специалиста, приемане само на положителната страна от представената информация и др. В тази ситуация обикновено възниква въпрос колко и каква информация трябва да бъде поднесена на родителите. Отговорът на този въпрос е свързан до голяма степен с личностните качества на родителите, с техните възможности за справяне с проблеми. Задължително е обаче информацията да бъде така поднесена, че да бъде разбрана от родителите, като е абсолютно необходимо очертаването на прогнозата на нарушението. Това е твърде трудно и рисковано, поради което е це-

лесъобразно да се изтъква високата вариативност на проявите при отделните деца. Трудността се дължи от една страна на естеството на инструментите за оценяване, както и на факта, че психичното развитие е вариативно, влияещо се от много фактори, които не винаги могат да бъдат предвидени. Очертаването на прогнозата при отделните деца трябва да се съпътства от изтъкването на областите в психичното и социалното функциониране, които подлежат на развитие и които трябва да бъдат в центъра на терапевтичния процес. Начинът на водене на беседа с родителите се определя от общото им културно и интелектуално развитие, от техните личностни особености и медицински познания. Всички те обаче се нуждаят от внимателно изслушване, от увереност, че терапевтът е заинтересован от конкретния случай и ще предложи компетентността си в тяхна помощ. В тези беседи са много важни способностите на терапевта да убеждава, без да заема позата на неоспорим авторитет. Първичната реакция на отрицание е нормална психична реакция, която помага на индивида постепенно да мобилизира усилията си за съобразяване с терапевтичните указания и изисквания. Една част от успеха на терапията зависи и от това колко дълго трае процесът на отричане. Удължаването на този период необосновано отлага терапевтичните намеси. Приемането на диагнозата трябва да бъде съчетано с обсъждане на причините за самото нарушение, терапевтичната програма и мястото на родителите в нея. Обсъждането на етиологията на нарушението се налага поради твърде често пораждащото се *чувство за собствена вина у родителите*. Това чувство на вина се подсилва и от битуващото погрешно мнение, че голяма част от нарушенията в развитието имат наследствен характер. Самообвиненията от страна на родителите се явяват неизбежно. Това подсилва засиления интерес у тях относно причините за разстройството, което често е свързано и с тревога за съдбата на следващото дете.

Възможна е обаче и друг тип реакция, при която родителите, като че ли се щадят от допълнителни психотравми и съзнателно избягват получаването на допълнителна информация за етиологията и прогнозата на нарушенията. Този род родители много трудно се мотивират за участие в терапевтичния процес и трудно осъзнават необходимостта от него. Първоначалният шок от диагнозата се демонстрира чрез разнообразни реакции и състояния – тревожност, депресия, отчаяние, озлобление и гняв, даже и срещу специалистите, устано-

вили нарушението и т.н. Твърде чести са и соматичните оплаквания – главоболие, нарушен сън, нарушения в храненето, злоупотреба с алкохол и др. Всички тези реакции неминуемо водят до промяна на отношенията в семейството. Тази промяна е обикновено в две противоположни посоки. Една част от семействата укрепват взаимоотношенията си, сплотяват се в общото нещастие, засилва се взаимното разбирателство, тушират се предишни конфликти. Често единият от родителите укрива част от данните за детето, с цел да предпази партньора си от допълнителни травми. При друга част от семействата взаимоотношенията се влошават, като най-честата реакция са взаимните обвинения. Тази тенденция се наблюдава в семейства, в които са били налице конфликти и преди появата на увреденото дете. В тези ситуации детето става изкупителна жертва на нарушените семейни отношения.

При първия тип родителска реакция детето става център на вниманието на родителите и близките, а при втория – център на вниманието са отношенията в семейството. Когато увреденото дете става център на вниманието то е прекалено щадено и обгрижвано, което в известна степен задържа неговото психично и социално развитие. Паралелно с прекаленото обгрижване на увреденото дете, здравите братя и сестри се игнорират неоснователно и нерядко развиват емоционални проблеми, поради субективно и обективно оценената незаинтересованост и отхвърляне от страна на родителите си.

По-голямата част от родителите, паралелно с описаните вече процеси, търсят начини за справяне с възникналия проблем. Първоначално те търсят мнението на много и различни специалисти за потвърждаване на диагнозата и за прогнозата на нарушението. Част от стремежа за справяне е и честата смяна на терапевт, поради нереалистичните очаквания за бързо подобрене и развитие.

Различните типове родителски реакции правят твърде отговорно поведението на психолога, като придават и определено значение на преживяванията му, особено в случаите на тежки нарушения, при които развитието и напредъкът са минимални и изискват много продължителна и целенасочена работа. Преживяванията на терапевта пораждаат два типа терапевтично поведение. При първия тип терапевтът субективно оценява, че няма да може да се справи с терапията на съответното нарушение, поради което още в началото отказва терапевтична помощ и то обикновено в периода, в който родителите



най-много се нуждаят от подкрепа. Вторият тип терапевтично поведение е свързано с желанието да бъдат щадени родителите, при което се дават лъжливи надежди и нереалистични очаквания. Този тип поведение води до отлагане на терапията и рехабилитацията.

Съображенията, поради които родителите трябва да участват в терапията на децата си са неоспорими. Преди всичко се промениха професионалните и социалните позиции във връзка с ролята на родителите за развитието на децата им. Особено важно в случая е и промененото разбиране, че голяма част от нарушенията в развитието се нуждаят от когнитивни, поведенчески и емоционални програми за обучение и развитие, а не от медикаментозна терапия и институционализиране. Това разбиране откри мястото на родителите в терапевтичните екипи и в цялостната терапевтична дейност. Това наложи няколко модела на връзки между специалисти и родители:

### ***Модел на специалиста***

При този модел терапевтът предлага специализирана помощ, която може да бъде пълна или частична. Отношенията родител – терапевт се опират преимуществено на получаването на информация за това кое е правилно в реакциите и поведението на родителя.

### ***Модел на трансплантиране***

При този модел родителите се учат на специални умения, така че те самите да могат да помагат на децата си. Родителят овладява такива умения и техники, които са характерни за професионалната дейност и компетентност на терапевта. Родителите придобиват специални умения само за определени области на функционирането, които предварително се договарят с терапевта.

### ***Модел на партньорство***

Този модел предполага обсъждане на проблемите и стигане до общо решение относно прилагането на съответните техники. При този модел родителят всъщност изпълнява ролята на ко-терапевт. Неговото приложение е обикновено при дългосрочни терапевтични програми.

Тези три модела на взаимодействие възникват в различните периоди и отразяват различни тенденции в грижите и терапевтичната дейност на индивиди с психични нарушения. Те имат различни цели

и могат да се ползват успоредно или последователно от терапевта. Независимо от различните родителски реакции, всяко семейство с увредено дете се нуждае от три основни неща:

- емоционална подкрепа;
- информация;
- практическа помощ.

Емоционалната подкрепа има няколко основни източника: професионална подкрепа, непосредствена семейна подкрепа и подкрепа от семейства със сродни проблеми.

Особено важно за развитието на детето и за прякото включване на родителя в терапевтичния процес е придобиването на определени специални умения от родителите за работа с детето си. Това обучение в практически умения трябва да следва определена последователност. В първоначалните етапи е особено важно родителите да се съсредоточат върху развитието на детето си и да могат да оценяват сферите на развитие по отношение на очакваните за възрастта умения и начини на функциониране. Вниманието им не трябва да бъде съсредоточено към статистическата норма, а по-скоро към индивидуалната норма и към потенциалните възможности на детето. Друга съществена част от обучението на родителите е свързана с използването на стратегии и техники за редуциране на поведенческите нарушения. Тези техники се опират на поведенческите и когнитивно-поведенческите теоретични традиции. Първата стъпка на този подход е оценяването на проблема или приложението на даден функционален анализ, при което важна роля има терапевтът. Отношенията родител – терапевт се изграждат бавно и зависят от множество външни и вътрешни по отношение на детето фактори. Родителският стил при увредени и неувредени деца е различен, много често изграден на основата на принципа „проба – грешка“. Този стил задължително включва и терапевтични елементи и използването на такива стратегии, чрез които биха се овладели определени умения, като компенсация на нарушени сфери на функциониране. развитието при увредените деца носи много по-голямо удовлетворение на родителите, поради вложените усилия, а и поради малките победи над природата, постигнати с мобилизация на възможностите.

## БИБЛИОГРАФИЯ

---

1. Алексиева С. (2008). Бизнес комуникации. С., Изд. на НБУ.
2. Анастасов Ю., Г. Дейвис, И. Мавродиева, Ж. Ангелова, Н. Йорданова, К. Божикова, С. Еюбова, И. Миленкова (2008). Проект за подобряване организацията и мултидисциплинарното лечение на вродените лицеви аномалии в България, в: III Национален конгрес на НСЛБ (сб. с научни доклади), 262 – 271, С., Изд. Ромел.
3. Батоева Д., Т. Попов, Е. Драголова (2007). Педагогическа и психологическа диагностика. С., Аскони-Издат.
4. Босилек Р. (2011). Задави се Меца, в: Приказки. С., Изд. Пан.
5. Виготски Л. (1983). Мислене и реч. С., Изд. Наука и Изкуство.
6. Волкова Л. (1989). Логопедия. М., Просвещение.
7. Георгиев Б. (2006). Езикът като знакова система. в: Езикова култура, авт. Б. Бъчварова, Б. Георгиев, Вл. Игнатов, С., Изд. на НБУ, 2006.
8. Георгиева А. (1994). Преработка на лингвистичната информация при разбиране на изречения от деца със специфично езиково нарушение. Годишник на СУ, ФНПП, 87, 177 – 196.
9. Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства, четвърто издание, текстова редакция (2009, ДСН-IV-ТР). Американско издание: Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, Българско издание: Българска психиатрична асоциация, Изд. Изток-Запад, 2009.
10. Дошева Н., П. Атанасова, И. Чавдаров (2004). Диспраксия и Детска церебрална парализа, в: Логопедията в началото на 21. век (сб.), С., Изд. Ромел, 135 – 143.
11. Енева Й. (1997). Анализ на съпътстващите проблеми при деца с вродена цепка на устната и небцето, Специална педагогика, Vol 3, Num 4, Декември, 31 – 41.
12. Енева Й. (1998). Стратегии при изследването на деца с открита ринолалия, Специална педагогика, V4, N3, Юни, 31 – 42.
13. Енциклопедия „България А-Я“ (1974), глав. ред. Вл. Ив. Георгиев. С., Изд. БАН.
14. Ипполитова А. Г. (1968). Открытая ринолалия. М., Просвещение.
15. Крумова И., Л. Богацевска, И. Чавдаров (2004). Вербална диспраксия на развитието – съвременни модели за диагностика и терапия, в: Логопедията в началото на 21. век (сб.), С., Изд. Ромел, 127 – 134.
16. Куцаров Ив. (1997). Лекции по българска морфология. П., Пловдивско университетско издателство.
17. Лурия А. Р. (1969). Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М., Изд. Питер.

18. Лурия А. Р. (1976). Нейропсихология памяти. М, Изд. Питер.
19. Мавлов Л. (1997). Процесът на вербална комуникация – един йерархичен модел. Специална педагогика, 3, 28-42.
20. Мавлов Л. (2000). Фундаментална неврология. С., Изд. Бойко Стаменов.
21. Матанова В. (1998). Диагностика на деца с комуникативни нарушения. С., Университетско изд. „Св. Климент Охридски“.
22. Матанова В. (2001). Дислексия. С., СОФИ – Р.
23. Матанова В. (2003). Психология на аномалното развитие. С., СОФИ – Р.
24. Матанова В. (2008). Аутизъм. С., СОФИ – Р.
25. Матанова В., Е. Тодорова, М. Колев (2011). DDE-2 Комплект за оценяване на дислексията и дисграфията на развитието – 2 (българска версия), Тест 3. Четене на псевдодуми, Институт за психично здраве и развитие, OS Bulgaria.
26. Международна класификация на болестите, 10-а ревизия (2003, МКБ-10). Психични и поведенчески разстройства: клинични описания и диагностични указания (в съответствие с: The ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders: Clinical and diagnostic guidelines, WHO, Geneva, 1992). Второ издание, С., НЦОЗ/БПА, 2003.
27. Милева Л. (1993). Зайченцето бяло. С., ИК „Христо Ботев“.
28. Пиаже Ж. (1994). Речь и мышление ребёнка. М., Изд. Питер.
29. Райчев Р. (1985). Протокол за невропсихологично изследване на деца. Медицинска академия, Научен институт по неврология, психиатрия и неврохирургия, Лаборатория по невропсихология. С.
30. Стоянов Ст. (1983). Граматика на съвременния български книжовен език. Том II. Морфология (под ред. на Ст. Стоянов), Българска академия на науките, Институт по български език, С., Изд. на БАН.
31. Тилков Д., Т. Бояджиев (1990). Българска фонетика. С., Наука и изкуство.
32. Тодорова Е. (2005). Диагностика на езиков дефицит при дислексия, Част I. С., Изд. ЛЦ Ромел.
33. Тодорова Е. (2005). Картинен тест, в: Диагностика на езиков дефицит при дислексия, Част II. С., Изд. ЛЦ Ромел.
34. Тодорова Е. (2007). Дислексия. Специфични нарушения на способността за учене, С., Изд. на НБУ.
35. Тодорова Е. (2009). Артикулационни нарушения. С., Изд. на НБУ.
36. Тодорова Е. (2013). Основни аспекти на специфичните артикулационни нарушения в детска възраст. С., Изд. на НБУ. (под печат)
37. Уикикниги/Wikibooks (2003). Глупавият мъж, в: Български народни приказки, <http://bg.wikibooks.org>
38. Уиникът Д. (2008). От педиатрия към психоанализа. С., Издател: Център за психосоциална подкрепа.

39. Янакиев М., Н. Котова (1978). О многообразии морфем в славянских языках. В сб.: Славянская филология, т. X, МГУ, с. 3 – 27.
40. Ainsworth M. (1962). Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of its Effects. Geneva: World Health Organization, Public Health Papers, No. 14.
41. Asperger, H. (1979). Problems of infantile autism. *Communication* 13, 45-52.
42. Barkley, R. A. (2006). „Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Nature, Course, Outcomes, and Comorbidity“. Archived from the original on 8 July.
43. Baron-Cohen, S (1995). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. MIT Press/Bradford Books.
44. Baron-Cohen, S (2008). *Autism and Asperger Syndrome: The Facts*. OUP.
45. Beech J. (1994). Reading skills, strategies and their degree of tractability in dyslexia, In: *Dyslexia in children*, 39 – 76. London.
46. Beitchman J., R. Nair, M. Clegg, P. Patel, B. Ferguson, E. Pressman, A. Smith (1986). Prevalence of speech and language disorders of 5-years-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 51 (2): 98-110.
47. Bishop D., K. Mogford (1993). *Language development in exceptional circumstances*. Hove: Psychology Press.
48. Bishop D., T. North, C. Donlan (1996). Nonword repetition as a behavioural marker for inherited language impairment: Evidence from a twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.1996; 37:391–403. [PubMed]
49. Bishop, D. (1994). Grammatical errors in specific language impairment: Competence or performance limitations? *Applied Psycholinguistics*, 15, 507–550.
50. Bishop, D. (2006). What Causes Specific Language Impairment in Children? *Current Directions in Psychological Science*, October; 15(5): 217–221.
51. Bishop, D., Adams, C. (1990). A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders, and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 1027–1050.
52. Bishop, D., S. Bishop, P. Bright, C. James, T. Delaney, P. Tallal (1999). Diferent origin of auditory and phonological processing problems in children with language impairment: Evidence from a twin study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 155–168.
53. Bloom, L., M. Lahey (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley, p. 22.
54. Bowlby J. (1999) [1969]. *Attachment and Loss* (2nd ed.). New York: Basic Books.
55. Bowlby, J. (1988), *Clinical application of attachment theory*.
56. Bradley, L., and P. E. Bryant (1983). Categorizing sounds and learning to read: A causal connection. *Nature* 30:419-421.
57. British Dyslexia Association (2011). <http://www.bdadyslexia.org.uk/about-dyslexia.html>.

58. Brunswick, N. (2009). *Dyslexia – a beginner`s guide*, Oneworld Publications.
59. Chomsky, N. (1965). *Aspects of Theory of Syntax*. Cambridge (Mass.), MIT Press, p.4.
60. Coltheart, M. (1983). Surface dyslexia. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 35A, 469 – 496.
61. Davis B., S. Velleman (2000). Differential diagnosis and treatment of developmental apraxia of speech in infants and toddlers. *The Transdisciplinary Journal*. Volume 10, No. 3, pp. 177 – 192.
62. Ehri, I. C. (1987). Learning to read and spell words. *Journal of Reading Behaviour* 19, 5-31.
63. Frith, U. & Happé, F. (1999). Theory of mind and self consciousness: What is it like to be autistic? *Mind and Language*, 14; 1 – 22.
64. Frith, U. (1989). Autism and „Theory of Mind“. In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism*. (pp. 33-52). New York: Plenum Press.
65. Frith, U. (1993). Autism. *Scientific American*, 268, 108 – 114.
66. Frith, U. (1995). Dyslexia: can we have a shared theoretical framework? *Educational and Child Psychology*, 12; 6 – 17.
67. Frith, U., Happé, F. (1994). Autism: beyond „theory of mind“. *Cognition*, 50; 115 – 132.
68. Hammer D. (2003). *Apraxia of Speech in Young Children*. Presented at the Childhood Apraxia of Speech Association/Hendrix Foundation workshop. Houston, Texas. February.
69. Karbasi S., Fallah R., Golestan M. (2011). The Prevalence of Speech Disorders in Primary School Students in Yard-Iran. *Acta Medica Iranica*, 49 (1): 33 – 37.
70. Kaufman Children`s Center For Speech, Language, Sensory-Motor, and Social Connections, Inc. (2004). *Articulation Disorders*, www.kidsspeech.com
71. Leonard L. (2000). *Children with Specific Language Impairment*. Cambridge (Mass.), MIT Press.
72. Leske M. (1981). Prevalence estimates of communicative disorders in the U.S. *Language, hearing and vestibular disorders*. ASHA; 23(3): 229 – 37.
73. Levy, T., Orlans, M., (1998). *Attachment, trauma, and healing*. CWLA Press.
74. Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role disorganized early attachment patterns, *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1.
75. Marsh, G (1981). A cognitive-developmental theory of reading acquisition. In G.E. MacKinnon & T.G. Waller (Eds.), *Reading research: Advances in theory and practice* (Vol. 3, pp. 199 – 221). New York: Academic Press.
76. McKinnon D., S. McLeod, S. Reilly (2007). The Prevalence of stuttering, voice and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *J Lang Speech Hear Serv Sch*, 38 (1): 5 – 15.
77. Moray House Centre for Specific Learning Difficulties (2003). <http://www.ed.ac.uk/schools-departments/education>.

78. Princeton Speech-Language & Learning Center (2005). American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), Articulation Disorders, 2005, [www.kidsource.com/asha/articulation.html](http://www.kidsource.com/asha/articulation.html)
79. Rack J. (1994). Dyslexia: The Phonological Deficit Hypothesis. In: *Dyslexia in children*, 5-31, London.
80. Reid, G. (1994). *Specific learning difficulties (Dyslexia) – a hand book for study and practice*.
81. Selikowitz M. (1995). *Dyslexia and other learning difficulties*. New York, Oxford Press.
82. Shames, G. H., N. B. Anderson (2002). *Communication disorders*. Allyn & Bacon (Sixth Edition).
83. Snowling M., Bishop D., Stothard S. (2000). Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41 (5), 587 – 600.
84. Stanovich K. (1994). Annotation: Does Dyslexia Exist? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 579 – 595.
85. Stanovich K., Siegel L., Gottardo A. (1997). Converging evidence for phonological and surface types of reading disability. *Journal of Educational Psychology*, 89, 114 – 127.
86. Strand, E. (2003). Childhood apraxia of speech: suggested diagnostic markers for the young child. In: Shriberg, LD and Campbell, TF (Eds), *Proceedings of the 2002 childhood apraxia of speech research symposium*. Carlsbad, CA: Hendrix Foundation.
87. Strand, E., A. Skinder (1999). Treatment of developmental apraxia of speech: Integral stimulation methods. In: A. Caruso & E. Strand (Eds.), *Clinical management of motor speech disorders in children*, p. 109 – 148. New York: Thieme Medical.
88. Stubbs, S. (2002). *Inclusive Education – Where There are few resources*. Norwegian Association of the Disabled and the Atlas Alliance.
89. Tomblin B., N. Records, P. Buckwalter, X. Zhang, E. Smith, M. O'Brien (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40:1245 – 1260.
90. Wagner R., Torgesen J. (1987). The nature of phonological processing and its causal role in the acquisition of reading skills. *Psychological Bulletin*, 101, 192 – 212.
91. Wing L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 11 (1): 115 – 29.
92. <http://obrazovanie.perspektiva-inva.ru/?315#01> (2007).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### МЕТОДИКА ЗА ОЦЕНКА НА ОБРАЗОВАТЕЛНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ НА ДЕЦАТА И УЧЕНИЦИТЕ

#### I. ЛИЧНИ ДАННИ ЗА ДЕТЕТО

Име: .....

Възраст: ..... ЕГН .....

Детска градина/група (училище/клас): .....

Адрес, телефон: .....

Личен лекар: ..... № .....

Място на здравно осигуряване: .....

#### II. АНАМНЕЗА

##### 1. Актуално състояние

Въпроси	ДА/НЕ	Бележки
Основни оплаквания/заявка		
Поява на нарушението/календарна възраст		
Забелязва ли се развитие на нарушението		
Имало ли е период на нормално развитие, с настъпило влошаване		
Посещавало ли е детето друг специалист		
Каква е била продължителността и ефективността на интервенцията		

##### 2. Преморбидна личност

###### Физическо развитие

Въпроси	Възраст	Особености
Бременност на майката		
Раждане		
Минали заболявания или травми		
Двигателно развитие – седи		
Двигателно развитие – ходи		

###### Психично развитие – довербален период

Довербален период	Възраст	Особености
Следене на предмети		
Хващане на предмети		
Игра с играчки		
Контролиране на тазово-резервоарните функции		



### Психично развитие – ранна езикова онтогенеза

Ранна езикова онтогенеза	Възраст	Особености
Поява на гукане		
Поява на лепет (бъблене)		
Поява на първи думи		
Поява на първи изречения (комбинации от две или повече думи)		

Има ли неблагоприятни фактори на въздействие – депривация, фрустрация, психотравма:

.....

### Езикова среда и развитие

Езикова среда	ДА/НЕ	Особености
Стимулираща/депривираща		
Влияние на диалектни форми		
Билингвизъм		

### 3. Фамилна анамнеза

Въпроси	Особености
Има ли родител или близък: със същото нарушение, с друго нарушение	
Здравословно състояние на родителите: психично/соматично заболяване	

### 4. Социална анамнеза

Въпроси	ДА/НЕ	Особености
Отношение на родителите към детето		
Травмиращи ситуации в семейството		
Травмиращи ситуации в детската градина/училището		

Описание на получените данни от анамнезата:

.....

## III. ОЦЕНКА НА ИНТЕЛЕКТУАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ – ТЕСТ НА УЕКСЛЪР, ЦВЕТНИ ПРОГРЕСИВНИ МАТРИЦИ НА РЕЙВЪН

Котиент на интелигентност: IQ =

## IV. ОЦЕНКА НА КОГНИТИВНОТО РАЗВИТИЕ

### 1. Пространствена ориентация

1.1. Ляво – дясно на себе си:

ДА	НЕ
----	----

1.2. Ляво – дясно срещу детето:

а) На изследващия

ДА	НЕ
----	----

б) Посочи дясното око/лявото око:

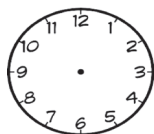


ДА	НЕ
----	----

### 1.3. Проби на Хед

Хед	ДА	НЕ
По инструкция		
По подражание		

### 1.4. Ориентация по часовник



Ориентация по часовник	ДА	НЕ
Час		
Час и минути		

Особености на пространствените ориентации:

.....

### 2. Познаване на пръстите на ръцете



Проба	ДА	НЕ
Посочване		
Назоваване		

Особености:

.....

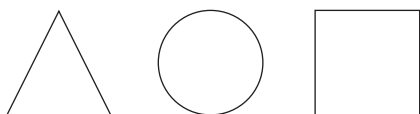
### 3. Разпознаване и посочване на основните цветове

Цвет	Посочва	Назовава
Жълто		
Червено		
Синьо		
Зелено		

Особености:

.....

### 4. Разпознаване и посочване на форми



Фигура	Посочва	Назовава
Кръг		
Квадрат		
Триъгълник		

Особености:

.....

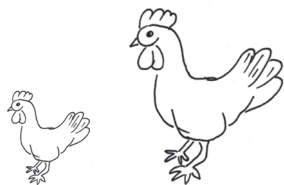
### 5. Оценка на параметрите на внимание: Коректурна проба

### 6. Оценка на паметта: Тест на Лурия „Десет думи“

### 7. Оценка на мисловните процеси: „Четвърто излишно“

### 8. Разпознаване и посочване на качествени антонимни значения

8.1. Малък – голям:



ДА	НЕ
----	----

8.2. Нисък – висок:



ДА	НЕ
----	----

8.3. Тежък – лек:



ДА	НЕ
----	----

Особености:

.....

**9. Рисунка на човешка фигура**

Особености:

.....

**10. Рисунка на дърво**

Особености:

.....

**11. Конструктивни умения**

**11.1. Подреждане на фигури от клечки**

### Стълба

Проба	ДА	НЕ
По инструкция		
По подражание		

### Борче

Проба	ДА	НЕ
По инструкция		
По подражание		

### Къща

Проба	ДА	НЕ
По инструкция		
По подражание		

Особености:

.....

### 11.2. Сглобяване на разрязани фигури/пъзел

Проба	ДА	НЕ
По инструкция		
По подражание		

Особености:

.....

## V. ЕЗИКОВО РАЗБИРАНЕ

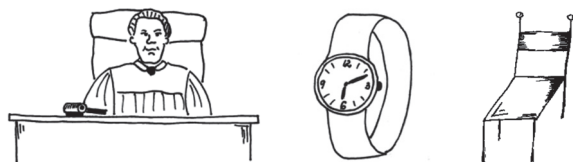
### 1. Изследване на фонемен гнозис и фонологичните езикови умения

#### 1.1. Фонемен гнозис

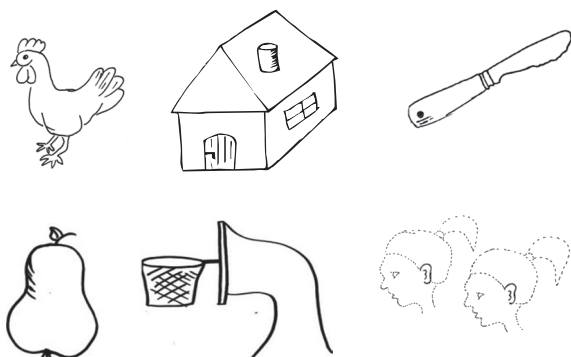
Инструкция: Разгледайте внимателно картините и определете в названията на кои от тях има:

Звук „С“

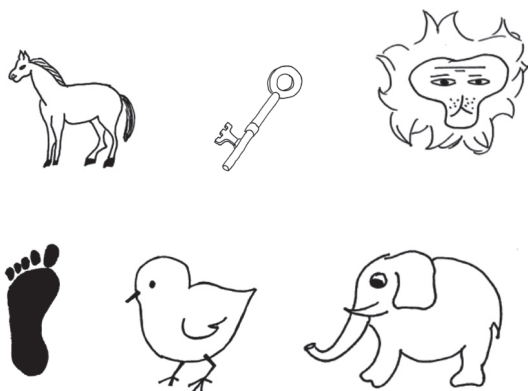




Звук „Ш“

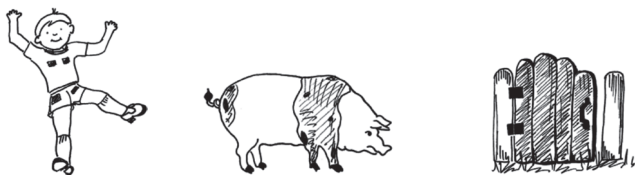


Звук „Л“

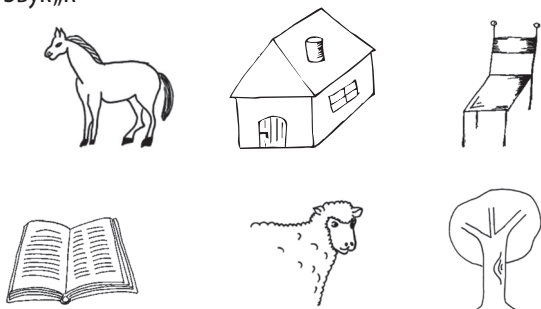


Звук „Р“

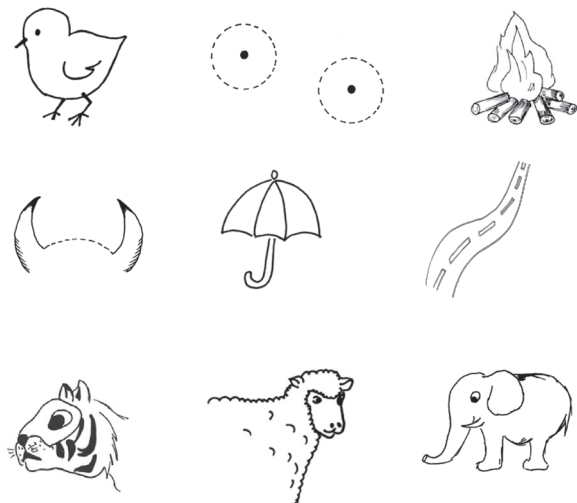




Звук „К“



Звук „Г“



Описание на типовете грешки (качествен анализ):

.....

## 1.2. Диференциране на серия опозиционни фонем:

Диференциален признак	Стимули	ДА	НЕ
Звучност/беззвучност	[па] – [ба] [та] – [да] [ка] – [га] [фа] – [ва] [са] – [за] [ша] – [жа]		
Съскавост/шушкавост	[са] – [ша] [за] – [жа] [ца] – [ча]		
Сонорност	[ма] – [на] [ра] – [ла]		

Описание на типовете грешки (качествен анализ):

.....

## 1.3. Количествен звуков анализ на думи (метафонология):

Стимули	ДА	НЕ
Кон		
Маса		
Петел		
Музика		
Магазин		
Картичка		
Теменужка		

Описание на типовете грешки (качествен анализ):

.....

1.4. Диференциране на семантичната и произносително-акустичната стойност на фонемата (метафонология):

Стимули	Диференциране – семантика	Диференциране – звуков състав
пие – бие		
кана – вана		
вар – фар		
дъб – тъп		
каса – каза		
коза – кожа		
кора – кола		
шега – жега		
каса – каша		



Описание на типовете грешки (качествен анализ):

.....

### 1.5. Определяне на позиционната разпределеност на фонемата (начало, средисловие, краесловие) – метафонология:

Фонема	Стимули	ДА	НЕ
С	син, паста, нос		
Ш	шум, мишка, лош		
Ц	цапа, перце, венец		
Ч	чанта, мечта, готвач		
Л	лято, шоколад, петел		
Р	радио, парашут, мотор		

Описание на типовете грешки (качествен анализ):

.....

## 2. Разбиране на многозначността на думите

Възраст	Стимули	ДА	НЕ
Предучилищна възраст	син коса градина		
Начална училищна възраст	глава страна лице		

Описание на типовете грешки:

.....

## 3. Разбиране на предлози

Стимули	Разбиране	Употреба
В		
На		
До		
Пред		
Зад		
Под		
Над		
Между		

Описание на типовете грешки:

.....

#### 4. Разбиране на предложни отношения

Стимули	Въпрос	ДА	НЕ
Кучето върви след ловеца.	Кой върви пръв?		
Самолетът излети преди въртолета.	Кой излети последен?		
Иван върви след Петър, но преди Георги.	Кой върви пръв?		

\* Стимулите са заимствани от *Протокол за невропсихологично изследване в детска възраст*, проф. Р. Райчев и съавт., Медицинска академия, Научен институт по неврология, психиатрия и неврохирургия, Лаборатория по невропсихология, 1985.

#### 5. Разбиране на прости инструкции

Инструкция	ДА	НЕ
Вдигни ръка.		
Посочи лампата.		
Отвори вратата.		

Особености:

.....

#### 6. Разбиране на сложни линейни инструкции

Инструкция	ДА	НЕ
Вземи молива. Остави го на масата, а тетрадката дай на мен.		
От трите различни по големина предмета: Най-големият дай на мен, средният остави на масата, най-малкият запази за себе си.		

Особености:

.....

#### 7. Разбиране на поговорки и метафори

Стимул	ДА	НЕ
Сговорна дружина планина повдига.		
Златни ръце.		
Вълчи апетит.		

Особености:

.....

## 8. Разбиране на слухово възприет текст

Стимул: *Лакомото куче, Българска народна приказка*

### ЛАКОМОТО КУЧЕ

*Българска народна приказка*

*В един слънчев ден кучето Шаро си откраднало от месарницата тлъст кокал. Захапало го и побегнало. Пътят му минавал през реката, а над нея мостът бил от две напречни греди.*

*Докато преминавал по гредите Шаро погледнал надолу и видял във водата друго куче, държащо по-голям и по-тлъст кокал от неговия.*

*Полакомил се Шаро, захвърлил своя кокал и се хвърлил в реката да хване чуждия кокал.*

*Но там нямало нищо: нито куче, нито кокал...*

#### Разбиране:

Без допълнителни въпроси	Защо кучето останало гладно?	
С един допълнителен въпрос	Какво видяло кучето в реката	
С два допълнителни въпроса	Какво означавали другото куче и другият кокал?	
Не разбира		

Особености:

.....

## VI. ЕЗИКОВА ИЗЯВА

### 1. Изследване на артикулацията

#### 1.1. Логопедичен статус

1. Анатомо-физиологичен статус на артикулационния апарат

Особености на:	ДА/НЕ	Описание
Устни		
Захапка/прикуси		
Съзъбие		
Език (размер, тонус)		
Подезична връзка		
Твърдо небце		
Меко небце и увула		
Говорно дишане		
Слюноотделяне		

## 2. Темп и ритъм

Нарушение	ДА/НЕ	Описание
Брадилалия		
Тахилалия		

## 1.2. Артикуляционен праксис

### 1. Задържане на артикуляционната поза

Проба	ДА/НЕ	Особености
Тесен/широк език		
Задържане на върха на езика		
Изплезен език напред, проследяване с очи на движението на предмет		

### 2. Превключване на артикуляционната поза

Проба	ДА/НЕ	Брой повторения за 1 минута
[па] – [та] – [ка]		

## 1.3. Артикулация на ниво – изолирани фонемни

Стимул	Артикуляционна и акустична характеристика	Вярно*	Невярно*
К	веларен-преграден консонант		
Г	веларен-преграден консонант		
С	съскав-беззвучен консонант		
З	съскав-звучен консонант		
Ц	съскав африкат		
ДЗ	съскав		
Ш	шушкав беззвучен консонант		
Ж	шушкав звучен консонант		
Ч	шушкав африкат		
ДЖ	шушкав		
Л	сонорен, алвеодентален консонант		
Р	сонорен консонант		

#### 1.4. Артикулация на ниво – серия опозиционни фонем

Диференциален признак	Стимул	Вярно*	Невярно*
Звучност/беззвучност	[па] – [ба] [та] – [да] [ка] – [га] [фа] – [ва] [са] – [за] [ша] – [жа]		
Съскавост/шушкавост	[са] – [ша] [за] – [жа] [ца] – [ча]		
Соenorност	[ма] – [на] [ра] – [ла]		

#### 1.5. Артикулация на ниво – думи, в които изследваните звукове са в различна позиция (начало – средисловие – краесловие)

Фоне-ма	Стимули	Вид артикулационно нарушение	Дистрибутивно влияние (да/не)
К	кана, пакет, мак		
С	син, паста, нос		
Ш	шум, мишка, лош		
Ц	цапа, перце, венец		
Ч	чанта, мечта, готвач		
Л	лято, шоколад, петел		
Р	радио, гора, мотор		

#### 1.6. Артикулация на ниво – многосрични думи

Стимули	Вид артикулационно нарушение	Влияние на звуковия контекст
Ламарина		
Стихотворение		
Балерина		
Тротоар		
Радиатор		

### 1.7. Изследване на артикулацията при повторна реч

#### Предучилищна възраст: Сивата мишка, Леда Милева

Сивата мишка,  
намерила една книжка – с приказки и картинки.  
И хубави били те,  
но мишката не знаела да чете  
и не разбирала от картинки,  
а само от луканки и от сланинки.  
Затова решила да изхруска тази книжка за закуска.  
Добре, че дошъл котарака.  
Иначе от цялата книжка с картинки  
щели да останат само пращинки.

#### Начална училищна възраст: Петър плет плете (българска скороговорка)

Петър плет плете,  
през три пръта преплита.  
Плети Петре плета,  
подпри Петре плета  
падна Петре плета.

### 1.8. Изследване на артикулацията в спонтанен говор

Особености:

.....

### 1.9. Автоматизиран говор

Стимули	ДА	НЕ
Броене (в прав и обратен ред)		
Дни на седмицата		
Месеци на годината		

### 2. Преразказ на слухово възприет текст: Лакомото куче

Оценка	ДА	НЕ
Преразказва самостоятелно и изчерпателно.		
Преразказва самостоятелно, но непълно.		
Преразказва с помощта на допълнителни въпроси.		
Не може да преразкаже текста.		

Особености:

.....

Описание на грешките:

фонологични .....  
морфологични .....  
синтактични .....  
семантични .....

### 3. Разказ по серия картини

Оценка	ДА	НЕ
Разказва самостоятелно и изчерпателно.		
Разказва самостоятелно, но непълно.		
Разказва с помощта на допълнителни въпроси.		
Не може да разказва.		

Особености:

.....

Описание на грешките:

фонологични .....  
морфологични .....  
синтактични .....  
семантични .....

## VII. ЧЕТЕНЕ

### 1. Четене на букви: назоваване; посочване.

а	о	и	у	п	т	ъ	ч	б	д
к	г	т	д	п	б	ф	в	е	с
м	н	р	л	й	щ	я	ю	Г	Т
с	ш	з	ж	ц	ч	в	л	м	Е

Отчитане на грешките:

Типове грешки	ДА	НЕ
не познава буквите		
замени на букви:		
визуално сходство		
акустично сходство – звучни/беззвучни		
акустично сходство – сонорни		
акустично сходство – съскави/шушкави		

Особености (качествен анализ):

.....

## 2. Четене на думи

МАСА	разписа	страхлив
ЩАСТЛИВ	<i>патица</i>	<i>подгони</i>
ДЯДОВЦИ	ИЗБУХЛИВ	праскова
изговори	ТРАМВАЙ	<i>дюля</i>
люляк	Чавдар	<i>европеец</i>
		КОМИНОЧИСТАЧ

Отчитане на грешките:

Типове грешки	ДА	НЕ
Замени на букви		
Пропускане на букви/срички		
Разместване на букви/срички		
Сричкова сложност на думата		
Префикси		
Окончания		
Фонологични особености при глайд – Й, Ю, Я		

Особености (качествен анализ):

.....

## 3. Четене на псевдодуми

бост	мнора	доцавал
приви	пюрко	монеб
тонра	чнаро	пуйор
вусто	цнуфон	сгруба
сторо	щето	виска
морка	ежкия	генгово
сирно	чидар	вудър
ланко	кощли	травеста

## 4. Четене наум и разбиране

### ЗАДАВИ СЕ МЕЦА

*Ран Босилек*

*Както Меца яла, в тясното ѝ гърло крива кост се спряла. Ревнала Меца:*

*– Тичайте! Умирам, братя и сестрици!*



Дошъл Кумчо Вълчо.

– Какво ти е, Мецо?

– Лошо, Вълчо, лошо! В гърлото ми тука една кост се спряла...

– Не плаши се, сестро! Туй често се случва. Бързичко си яла.

– Ти брат, ти сестрица! Кажу, Кумчо Вълчо, как да се избавя?

– Преглътни водица!

– Гълтах. Не минава.

– Щом е тъй, почакай. Ще повикам Лиса. Тя от тия болки по-добре разбира.

Въпроси	ДА	НЕ
Кои са героите на тази история?		
Какво се случило с мечката?		
Какво направила тя?		
Какво я посъветвал вълкът?		
Какво решил да направи?		

Особености (качествен анализ):

.....

## 5. Четене на глас и разбиране

### ГЛУПАВИЯТ МЪЖ

Българска народна приказка

Живели си един мъж и една жена. И веднъж жената рекла на мъжа:

– Иди и налови мишки. Нашите съседни са наловили вече много.

Отишъл мъжът и намерил много миши дупки. Клекнал до една от тях и рекъл:

– Мишко, улови се! Трябва да наловя много мишки за жена си.

После се приближил до друга дупка и пак клекнал с думите:

– Мишко, улови се! Трябват ми мишки за жената!

Като обиколил така всички дупки, отишъл си вкъщи, без да убие нито една мишка, защото само говорел, а не разравял дупките. Но когато се върнал в село, рекъл на жена си:

– Улових!

Жената се зарадвала, защото мислела, че мъжът ѝ наистина е уловил много мишки, и рекла:

– Донеси тук мишките, които си уловил.

Но той не ѝ дал нищо, а просто отговорил:

– Улових.

Тя пак повторила:

– Донеси ми онова, което си уловил!

Той мълчал. Тогава жената го попитала:

– Но какво си правил тогава?

И мъжът отговорил:

– Кляках до мишите дупки и им казвах...

Огорчила се жена му и рекла:

– Нямаш капка ум в главата!

### 5.1. Декодиране:

Тип грешка	ДА	НЕ
Замени на букви		
Замени на думи		
Пропускане на букви/срички		
Разместване на букви/срички		
Сричкова сложност на думата		

Особености (качествен анализ):

.....

### 5.2. Разбиране:

Въпроси	ДА	НЕ
Кои са героите на тази история?		
Какво каза жената на мъжа си?		
Как мъжът започнал да лови мишки?		
Какво се случило след това?		

Особености (качествен анализ):

.....

## VII. ПИСАНЕ

### 1. Диктовка:

II клас:

#### ПРОЛЕТНО УТРО

Духна тих ветрец. Слънцето погали земята. Ранобудни птици зацвърчаха в градината. Цветчетата на старата слива се разтвориха. Безброй пчелици кацат по цветовете. Те събират сладък сок и пращец.

### III клас:

#### ГОРДЕЛИВОТО БОРЧЕ

*Налетя страшна буря. Запищя старата гора. Заогъваха се клони и листа. Премина бурята, премина страшната нощ. Изгря слънцето, поздравя окъпаната гора, птичките запяха сладкогласно. Не беше издържало само тънкото, самотно и горделиво борче. То беше пречупено през средата. От тежката рана струяха гъсти, лепкави сълзи. Стройният му връх лежеше на мократа земя, изцапан с кал.*

### IV клас:

#### БУРЯ

*Глух тътен разтърси цялата гора. Вековните буки, стройните брези, широколистните дъбове си зашушукаха уплашено. Светкавици разрязаха небето като големи запалени камшици. Тежки облаци полазиха нагоре. Зачаткаха едри капки дъжд. Някъде по полетата и пътищата се вдигаха стълбове прах. Налетя страшна буря. Запищя старата гора. Заогъваха се клони и листа под страшния напор на бурята.*

Тип грешка	ДА	НЕ
Замени на букви		
Пропускане на букви/срички		
Пропускане на служебни думи		
Разместване на букви/срички		
Влияние на сричковата сложност на думата		
Правописни грешки		

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....

### 2. Преписване на текст

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....

### 3. Автоматизирано писане: трите имена; адрес; училище; клас; подпис.

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....

#### **4. Писане на изречение по картина**

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....

#### **5. Разказ по картина**

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....

#### **6. Разказ по тема: „Моето семейство“**

*Описание на типовете грешки (качествен анализ):*

.....







**РЪКОВОДСТВО  
ЗА ПРИЛАГАНЕ НА МЕТОДИКА  
ЗА ОЦЕНКА НА ОБРАЗОВАТЕЛНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ  
НА ДЕЦАТА И УЧЕНИЦИТЕ**

Автори  
**ВАНЯ МАТАНОВА • ЕКАТЕРИНА ТОДОРОВА**  
Институт за психично здраве и развитие

Първо издание  
2013 г.

**Проект BG051PO001-4.1.07 „Включващо обучение“**  
Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на  
Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“,  
съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз  
<http://vkluchvashto.mon.bg>

Коректор  
**Петранка Иванова**  
Техническа редакция и предпечатна подготовка  
Лилия Тиркова

Формат – 70x100/16, Печатни коли – 12,5

Печат – „Военно издателство“ ЕООД  
София 1080, ул. „Иван Вазов“ № 12  
<http://www.vi-books.com>