

2022

СОЦИАЛНИ
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА
ПРЕД **ЛОГОПЕДИЧНАТА**
ПРАКТИКА

СБОРНИК ДОКЛАДИ



Логопедична
конференция
Албена, 2022

**СОЦИАЛНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД
ЛОГОПЕДИЧНАТА ПРАКТИКА**

Сборник доклади
Логопедична конференция
Албена 2022 г.

**SOCIAL CHALLENGES IN SPEECH AND
LANGUAGE THERAPY PRACTICE**

Proceedings
of the Speech and Language Therapy Conference
Albena, 2022

Кюстендил
2026

ПРЕДГОВОР

Настоящият сборник обединява доклади от Логопедичната конференция, проведена в курортен комплекс Албена през 2022 г., посветена на темата „Социални предизвикателства пред логопедичната практика“. Тематичният фокус отразява съвременните тенденции в развитието на логопедията като интердисциплинарна област, в която комуникативните нарушения се разглеждат не само като индивидуален дефицит, а в контекста на социалната среда, взаимодействията и качеството на живот на хората с комуникативни затруднения.

Включените в сборника текстове представят широк спектър от теоретични, диагностични и терапевтични подходи, насочени към деца, ученици и възрастни с различни комуникативни нарушения. Част от докладите разглеждат логопедичната практика през призмата на социалния модел и рамката на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF), като акцентират върху ролята на логопеда в процесите на оценка, консултиране и подкрепа в реална социална среда.

Значително място е отделено на семейството и училищната общност като ключови фактори в езиковото и комуникативното развитие, както и на социалните и емоционалните аспекти на говора и общуването. Представени са съвременни модели за работа, изследвания, насочени към ранното взаимодействие родител–дете, училищната логопедична практика и предизвикателствата, свързани с обучението и приобщаването.

Сборникът включва и доклади, посветени на диагностиката и терапията на различни говорни и езикови нарушения, както и на приложението на утвърдени и иновативни терапевтични методи. Наред с това са разгледани психосоциални и арт-терапевтични подходи, възможностите на допълващата и алтернативна комуникация, както и новите реалности, свързани с онлайн логопедичната терапия и работата в дигитална среда.

Публикуваните материали отразяват както научноизследователски търсения, така и практическия опит на логопеди, психолози и други специалисти, ангажирани с подкрепата на хората с комуникативни нарушения през различните етапи на живота. Надяваме се, че сборникът ще бъде полезен ресурс за специалисти, студенти и всички, които се интересуват от съвременните социални измерения на логопедичната практика.

Издател: © Бланико ООД, 2026
Кюстендил, България

Съставител и редактор: © Благослава Банчева

Всички права запазени.

Никоя част от това издание не може да бъде възпроизвеждана, съхранявана или разпространявана под каквато и да е форма или по какъвто и да е начин – електронен, механичен, чрез фотокопиране, запис или други средства – без предварителното писмено съгласие на издателя.

ISBN: 978-619-93840-1-5

СЪДЪРЖАНИЕ

1. Логопедични практики, базирани на доказателства в рамките на ICF
Миглена Симонска
2. Социални аспекти на логопедичната работа: задачи на консултирането
Елена Бояджиева-Делева
3. Социални аспекти на доброто говорене
Екатерина Тодорова
4. Представяне на модел за родителство Пентагон, адаптиран за български условия
Катерина Щерева
5. Диминутивите – част от естественото речево общуване между майката и детето
Деница Кръстева, Юлияна Стоянова
6. Междуетниково сравнение на речта на български и американски родители на деца с разстройства от аутистичен спектър: задаване на въпроси
Михаела Барокова
7. Нагласи и осведоменост за свързаните фактори на детското развитие и асистиранияте репродуктивни техники
Светлана Картунова, Миглена Симонска, Петя Андреева
8. Типични фонологични процеси в детска възраст
Цветомира Бойчева, Миглена Симонска
9. Успешни модели за развитие на езикова компетентност в училищната логопедична практика
Йорданка Донева
10. Четивни затруднения при ученици с дефицит на вниманието и хиперактивност
Пламен Петков, Наадие Пехливан
11. Диагностика на говорните нарушения на развитието: тестова батерия за орални моторни способности (ТОМС)
Елена Бояджиева-Делева

ЛОГОПЕДИЧНИ ПРАКТИКИ, БАЗИРАНИ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА В РАМКИТЕ НА ICF

Миглена Симонска

Югозападен Университет „Неофит Рилски“

miglana_simonska@swu.bg

12. Предизвикателства в логопедичната практика при диагностика и терапия на дизартрия
Радостина Костова, Елена Янева
13. Прилагане на мелодична интонационна терапия при лица с неплавна афазия
Елка Горанова, Василиос Венетис
14. Ролята на логопеда в диагностиката и терапията на първична прогресивна афазия (представяне на случай)
Катерина Щерева, Емануела Маринова
15. Приложение на електромиографски биофийдбек в логопедичната терапия на велофарингеална недостатъчност, свързана с вродена цепнатина на устните и небцето
Йорданка Маркова, Юрий Анастасов
16. Социална тревожност и заекване
Елка Горанова
17. Арт терапия при деца с церебрална парализа
Вера Николова
18. Арт-терапията като педагогически подход при работа с деца със специални образователни потребности
Веселина Иванова
19. Допълваща и алтернативна комуникация в социалната работа. Ползи и предизвикателства през целия живот за хората с комуникативни нарушения
Даниела Кирова, Мария Станчева
20. Предизвикателството „онлайн логопедична терапия“
Силвия Кьошкерян и колектив ЦПЛР-ЛЦ Варна
21. Реч, общуване и психична устойчивост (SCR4CLEFT). Представяне на уъркшоп
Йорданка Маркова, Жана Ангелова, Юрий Анастасов

Резюме: Настоящата публикация е насочена към разглеждане на приложението на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF) в контекста на концепта „практика, базирана на доказателства (ПБД)“. Представена е същността на ICF модела и начините за неговото приложение в диагностиката и терапията на комуникативните нарушения. Фокусът е насочен към избора на доказали ефективността си тестове за диагностика и програми за логопедична интервенция. Предложени са примери на алгоритми за вземане на решение в логопедичната практика по отношение на заекването, базирани на оценяването по категориите „Структура на тялото“, „Функции на тялото“, „Дейности и вземане на участие“ и „Фактори на средата“. Обръща се внимание на оценяването на влиянието на нарушението върху качеството на живот на лицата със заекване, като част от модела за вземане на решение за диагностика и терапия.

Ключови думи: Международна класификация на функционирането (ICF); практика, базирана на доказателства; логопедична диагностика; заекване; качество на живот

EVIDENCE-BASED SPEECH THERAPY PRACTICES WITHIN THE ICF FRAMEWORK

Miglana Simonska

South-West University "Neofit Rilski"

miglana_simonska@swu.bg

Abstract: The present publication is aimed at considering the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the context of the concept „evidence-based practice (EBP)“. The essence of the ICF model and the ways of its application in the assessment and treatment of communication disorders is presented. The focus is on choosing tests proven in speech therapy practice for assessment and intervention programs. Examples of decision-making algorithms in speech therapy practice regarding stuttering based on assessment

of the categories „Body structure“, „Body functions“, „Activities and participation“, and „Environmental factors“ are presented. Attention is paid to assessing the impact of the disorder on the quality of life of individuals with stuttering, as part of the diagnostic and therapy decision-making model.

Keywords: International Classification of Functioning (ICF); evidence-based practice; speech-language assessment; stuttering; quality of life

Въведение

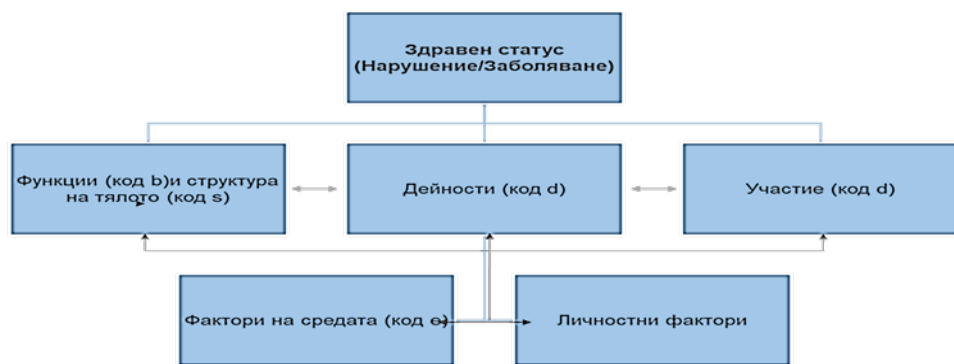
Приблизително 20 години част от усилията на учените в световен аспект са насочени към приложението на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF) в клиничната практика. Целта е да се разработят инструменти за оценяване на влиянието на нарушените функции и структурата на тялото над качеството на живот на лицата със здравни проблеми, както и да се посочат инструменти за диагностика на нарушените функции, базирани на доказателства. Отмина сравнително дълъг период от създаването на ICF и неговото усъвършенстване. Първият окончателен вариант датира от месец май 2001 година като публикация на Световната здравна организация (СЗО) и представлява осъвременен модел Международната класификация на уврежданията, нарушенията и инвалидността (ICIDH), която за периода от 1997 г. търпи няколко промени. През 2007 г. е представена и детската версия на ICF: (ICF – Children and Youth), разработването на която е финансирано и от Американския национален център за вродени увреждания и нарушения на развитието на Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC), и от UNESCO (Симонска, 2019). ICF предизвиква редица научни дискусии в областта на логопедията веднага след нейното публикуване (Estella et al., 2008; Kennedy, 2003; Schindler et al., 2007; Stamm et al., 2006; Ustin, 2002; Yaruss & Quesada, 2004). Систематичен анализ на публикациите за ICF през последните 20 години сочи, че са налице около 5600 статии, разглеждащи ICF в различни аспекти (Leonardi et al., 2022). В областта на логопедията през 2009 г. излиза извънреден брой на International Journal of Speech - Language Pathology, в който автори като McLeod, Threats, Worrall, Estella, McCormack, O'Halloran и др. представят възможностите за приложение на ICF в логопедичната практика. Информация за това как трябва да се използва тази класификация бе представена в пленарен доклад и на I Европейски симпозиум по нарушения на плавността на речта, Антверпен, Белгия, 18-19 април през 2007 г. и на XXVII

Световен конгрес по логопедия и фониятрия в Дания, 5-9 август, 2007 г. (Симонска, 2009а, с. 158). Първото описание на ICF у нас датира от 2008 г. от Симонска в дисертацията за придобиване на ОНС „доктор“, което е последвано от редица други презентации на национални конференции и публикации (Симонска, 2019, Симонска, 2008а; Симонска, 2008б; Симонска, 2009а, 2009б; Simonska, 2013). От 2001 г. насам ICF претърпява осем модификации, като последната версия е от 2018 г. Професионални организации на логопедите от САЩ (ASHA), Австралия (SPA) и Великобритания (RCSLT) насърчават използването на ICF като стандарти за клинична практика. За нас този проблем все още остава отворен поради неяснотите и разногласията относно мястото на логопедията в системата на науките, респ. и на предоставянето на логопедичните услуги. Друг съществен проблем е и недостигът на стандартизирани диагностични инструменти на български език за голяма част от комуникативните нарушения, както и данни за ефективност на терапевтични програми и методи. Ето защо настоящата публикация цели да се представи модел, който показва как логопедите могат да направят избор за диагностика и терапия, базиран на подбор на доказали ефективността си в клиничната практика инструменти, чрез които да се повлияе комплексно на лицето с комуникативното нарушение с оглед подобряване на неговото благосъстояние.

Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF)

ICF се състои от две основни части, които отразяват цялостния био-психо-социален подход на модела. Първата част обхваща функционирането и увреждането като функции и структура на тялото, включително дейностите и вземането на участие в тях. Втората част включва контекстуалните фактори, представени чрез факторите на средата и личностните фактори. Взаимодействието между отделните елементи на ICF е представено на Фиг. 1.

Фиг. 1. Взаимодействие на основните елементи на ICF



Приложението на ICF се основава на определянето на наличието на нарушение или заболяване, което изисква оформяне на здравен статус на индивида. Здравният статус се изработва, като първо се дефинира наличието на нарушена структура или функция на тялото, за които трябва да се определи тяхната локализация и степен на тежест на проява. Използва се специална система за кодиране, в която функциите са с код (b), а структурата на тялото с код (s) (виж Симонска 2019, 2009а, 2009б, 2008а; Simonska, 2013). Посочените дейности по дефинирането на нарушението се определят като биологична основа на нарушението/заболяването. Като психо-социалната основа на модела се определя влиянието на нарушението/заболяването над възможностите на индивида да участва в дейности от ежедневието, повлияни от факторите на средата и личностните особености на индивида.

Дейностите и участието се кодират с начален код (d) и описват функционалния статус на човека в различни области от ежедневието, включително комуникация, мобилност, междуличностни взаимодействия, грижа за себе си, учене и прилагане на знания. В рамките на този показател се включват области като мобилност [d410–d429], самообслужване [d510], междуличностни взаимоотношения и връзки [d7], общество, социален и обществен живот [d9], прилагане на знанията [d130–d159], продуциране на информация [d330–d349], разговор и употреба на комуникативните средства и техники [d350–d369], изпълнение на единична задача [d210], справяне с ежедневната рутинност [d230], както и преодоляване на стреса и други психологични изисквания [d240] и др.

Факторите на средата се кодират с код (e) и се разглеждат като елементи, които не са под контрола на индивида, но оказват съществено влияние върху неговото функциониране. Те включват продукти и технологии [e1], поддържане и взаимоотношения [e3], обслужване, системи и служби [e5], както и по-конкретни категории, свързани със семейство, приятели, колеги, съседи, заемане на позиция в работата, осигуряване на лична асистенция и взаимодействие с непознати [e310–e345]. Към тях се отнасят още домашни животни, здравни професии и други професионалисти [e350–e360], индивидуални отношения в семейството, с приятели, колеги и непознати [e410–e445], както и индивидуални отношения с професионалисти от здравните служби, социални отношения, социални норми и практики [e450–e465] и др.

Личностните фактори включват характеристики като раса, пол, възраст, образователно ниво и други индивидуални особености. Те не са кодирани в ICF поради голямата им вариативност в различните култури, възрастови групи и пол, но са включени в модела, тъй като оказват съществено влияние върху функционирането на човека.

Практика, базирана на доказателства в логопедията

Практика, базирана на доказателства (ПБД), е концепт, насочен към клиничната практика в логопедията по отношение на възможностите за избор на диагностични и терапевтични стратегии, основани на публикувани в научната литература доказателства. На Фиг. 2 е представен моделът на Американската асоциация по говор, език и слух (ASHA), според който информираното вземане на решения и предоставянето на висококачествени услуги се основават на взаимодействието между клиничната експертиза, доказателствата и перспективите на клиента. Клиничната експертиза включва знанията, преценката и критичните разсъждения, придобити чрез обучение и професионален опит. Доказателствата обхващат както най-добрата налична информация от научната литература (външни доказателства), така и данни и наблюдения, събрани за конкретния клиент (вътрешни доказателства). Перспективите на клиента, пациента или полагащите грижи се отнасят до уникалния набор от лични и културни обстоятелства, ценности, приоритети и очаквания, идентифицирани от самия клиент и неговото обкръжение (ASHA, 2022).

Фиг. 2. Модел за прилагане на концепта ПБД (ASHA).



Изборът на диагностична и/или терапевтична процедура е свързан с проучване на научната литература, в която се описват различни нива на доказателства. В клиничната практика най-високото ниво на доказателства се представя от систематичните проучвания и метаанализите, които се основават на предварително структурирана методология за анализ и обобщаване на най-добрите налични данни, като метаанализът представлява статистически базиран преглед. Следващо ниво заемат рандомизираните проучвания, считани за „златен стандарт“ в изследователския дизайн, при които участниците се разпределят на случаен принцип в една или повече групи с цел минимизиране на субективността. Кохортните проучвания представляват вид лонгитюдни изследвания за проследяване на група индивиди с общи характеристики за определен период от време. Проучванията с контролни групи се основават на наблюдение и сравнение между групи с противоположни характеристики, например в норма и с патология. Към по-ниските нива на доказателства се отнасят проучванията на единични случаи, които се базират на описание или проследяване на един или малък брой случаи, както и експертното мнение, което представлява информация, оценка или препоръка, предоставена от специалисти с доказан опит и познания, често основани на повтарящи се клинични наблюдения (ASHA, 2022; Burns et al., 2011; Onslow, 2017).

В зависимост от търсенията на зададените изследователски въпроси, логопедите следва да се насочат към конкретните нива на ефективност в научната литература. Според (Sackett, 1996) е важно съвестно, изрично и разумно да се използват настоящите най-добри доказателства при вземане на решения относно грижите за отделния пациент. Това означава интегриране на индивидуалната клинична експертиза с най-добрите налични външни клинични доказателства от систематични изследвания.

Фиг. 3. Нива на ефективност от клиничната практика в научната литература.



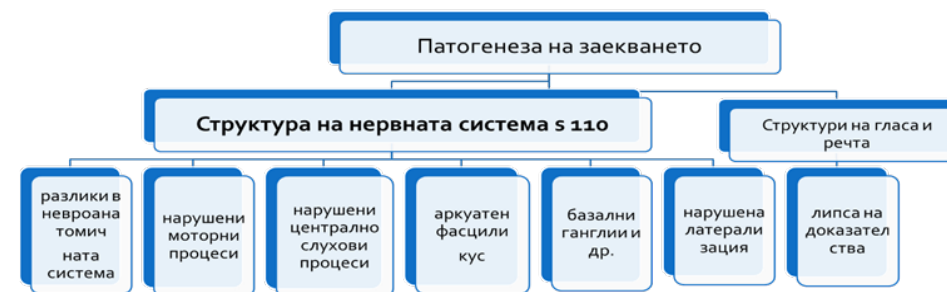
Взаимовръзка между ICF и практика, базирана на доказателства

Както вече бе посочено, целта на настоящата публикация е да представи нагледен модел на търсене на доказателства в контекста на ICF. В този модел оценяването и терапевтичното планиране при заекване се разглеждат през взаимодействието между структурата и функциите на тялото, дейностите и участието, факторите на средата и влиянието им върху качеството на живот.

Структурата на тялото в научната литература се разглежда чрез множество теории, описващи етиопатогенетичните фактори на заекването. Една част от тях са свързани с изследвания, доказващи

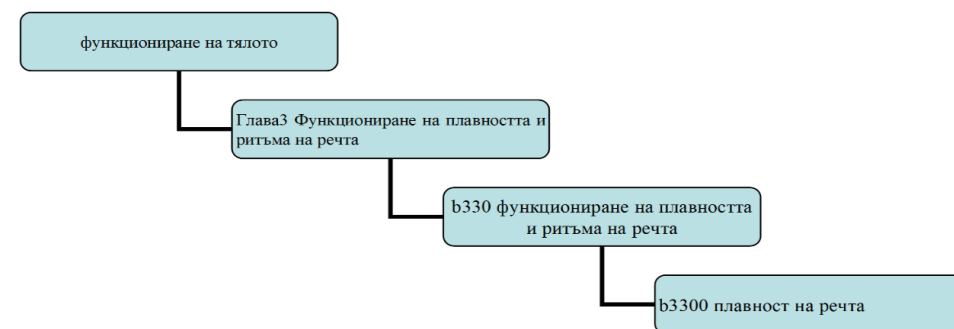
нарушено функциониране на нервната система. На Фиг. 4. са структурирани видовете теории за патогенезата на заекването по отношение на проучвания на структурата и функциите на нервната система. Посочените теории обясняват причините, водещи до проява на нарушението. Знанията за етиопатогенезата на заекването подпомагат клиницистите да си обяснят причините за поява на нарушението при техните клиенти и да са в състояние да дадат конкретни отговори на техните въпроси относно причините за поява и развитие в конкретните случаи. Въпреки че в последните години превес взема мултифакторният подход за изясняване на причините и механизмите на заекването, една основна част от теориите са свързани с нарушенията на моторния контрол. Например Starkweather (1995) допуска, че заекването може да се дължи на свръхактивиране на речевите мускули. Други теории обясняват заекването с нарушения на централните слухови процеси, с проблеми на фонологичната обработка (Postma & Kolk, 1993), с надсегментен дефицит на планиране на изреченията (Karniol's (1995), с нарушена функция в суплементарната моторна зона при инициирането и последователността на говорни моторни програми (Packman et al., 2007), с нарушение на кортикалните и подкоровите невронни системи, подпомагащо селекцията, инициирането и изпълнението на двигателни последователности, необходими за плавно производство на реч (Watkins et al., 2008), с нарушената способност на базалните ганглии да произвеждат времеви сигнали за започване на следващия двигателен сегмент в речта (Per Alm, 2004), с намаляване на бялото мозъчно вещество (Chang et al., 2004), с недостатъчно взаимодействие между кортикалните и подкоровите региони (Wieland et al., 2015) и др.

Фиг. 4. Теории за нарушената структура на тялото при заекване



Функцията на тялото в ICF класификацията определя заекването като нарушена функция на плавната реч с код b 3300 (Фиг. 5.) в частта „функциониране на тялото“, глава 3 „Функциониране на плавността и ритъма на речта“. За отчитането на нарушената функция на речта е необходим диагностичен инструментариум относно дефиниране на забележимите симптоми, честотата на проява на забележимите симптоми и определяне на степен на тежест.

Фиг. 5. Заекването като нарушена функция на плавността на речта

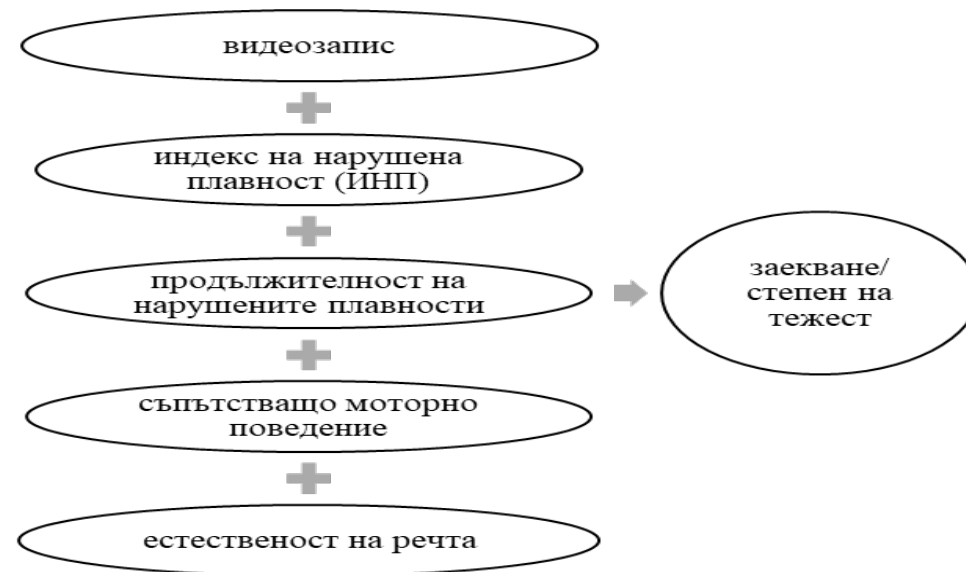


В клиничната практика и научната литература са налице неоспорими доказателства, че за да се постави диагноза „заекване“ е необходимо да се определи наличието на нарушени плавности като повторения на звукове, срички, клъстърни и едносрични думи, удължавания, блокажи, дисритмична фонация и др., и да се изчисли тяхната честота и продължителност. Обективността на получените данни се основава на

анализ на видеозапис на говорната продукция на лицата със заекване, като при четящи се изисква и запис на четене на текст. Като стандарт за диагностика се определя използването на теста *Stuttering Severity Instrument /SSI-4* (Riley, 2009), с който се определя и степен на тежест на заекване, и естественост на речта. Разработен е за използване при всички възрастови групи (Фиг. 6.). Въпреки че SSI-4 се определя като най-използваният тест, при деца на възраст от 4 до 12 години се препоръчва и *Test of Childhood Stuttering /TOCS* (Gillam et al., 2009). Тестът включва допълнителни оценки, свързани с честотата и продължителността на нарушените плавности, естествеността на речта, наличието на вторични симптоми, скоростта на речта, езиковите способности, артикулацията, фонологията и въздействието на заекването върху ежедневно функциониране на детето. Авторите на теста определят като предимство при използването му, че позволява да се събира информация и от други свързани с детето лица, освен от родителите.

Като пример за приложение на клинична експертиза в случая е предложението към SSI-4 и TOCS е да се приложи и чек-лист за съпътстващо моторно поведение, наличието на което повлиява степента на тежест на заекването и следва при структурирането на терапията да се състави план и за неговото преодоляване или редуциране.

Фиг. 6. Алгоритъм на приложение на SSI-4 (Riley, 2009)



Скритото поведение и емоционално-когнитивните реакции при заекването намират класически израз в изявлението на Joe Sheehan от 1970 г., който насочва вниманието на логопедите към влиянието на чувствата и мислите на лицата със заекване: „Заекването е като айсберг, само с малка част над водолинията и много по-голяма част отдолу“ (Фиг. 7.). Това твърдение може да се определи като превратен момент в терапията на заекването през миналия век, когато терапиите основно са били насочени към използване на техники за преодоляване на нарушените плавности. В нашето съвремие са налице терапевтични стратегии, насочени към преодоляване на негативните мисли и чувства, тревожността, срама от комуникативните провали и др.

Фиг. 7. Модел на заекването като „айсберг“ – видими и скрити компоненти (по Sheehan, 1970).

| |
|---|
| <p>повторения, удължавания блокажи, връщания, съдвижения</p> <p>Видими прояви на заекването</p> |
| <p>Скрити емоционално-когнитивни компоненти</p> <p>срам, притеснение, страх, неувереност, вина, тревожност, безпомощност, гняв</p> |

Определянето на ситуациите, над които трябва да се работи за тяхното преодоляване се явява предпоставка за разработването на диагностични инструментариуми за тях. Това позволява индивидуализиране на терапията с оглед по-добра ефективност. Анализирайки наличните инструменти при представянето на OASES, Yaruss & Quesal (2006, р. 3) посочват, че в тях се разглеждат широк набор от фактори, в т.ч. и плавността на речта в различни говорни ситуации, увереността на говорещия, че ще може да поддържа плавност в различни ситуации, емоционалните и когнитивните реакции, които те имат за заекването в различни ситуации, мненията или нагласите на говорещия относно заекването, и други фактори. Заедно тези инструменти могат да дадат на клиницистите и изследователите по-завършена картина относно опита на говорещия за заекването. Прилагането на такива инструменти в проучването на резултатите от терапията може да помогне да се предостави необходимата информация за промени, които хората изпитват в резултат от нея. Изводите на Yaruss & Quesal (2006) насочват вниманието към факта, че оценката на емоционалните, когнитивните и афективните фактори не трябва да бъдат просто още един приложен тест, а основа за индивидуализиране на терапията и проследяване на нейната ефективност. Следователно, освен горепосочените тестове за поставяне на диагноза „заекване“, определяне на неговата степен на тежест и на наличието на съпътстващо моторно поведение, следва да се приложат и такива за оценка на афективните, поведенчески и когнитивни реакции на говорещия към заекването; на въздействието на околната среда върху заекването, в различни говорни ситуации

и реакции на другите; както и на влиянието на заекването върху на начина на живот по отношение на дейности от ежедневието.

Дейностите и вземането на участие по показател

„Дейности и вземане на участие“ с код [d] са едни от най-често посочваните области на затруднение от лицата със заекване. Най-често те са свързани с категорията „Разговор и употреба на комуникативните средства и техники“ с кодове от [d350] до [d369], като започване на разговор [d3500], поддържане на разговор [d3501], насочване на разговора към определен човек [d3503], насочване на разговора към повече хора [d3504], дискутиране само с един човек [d3550], дискусия с повече хора и използване на телекомуникации, включително по телефон [d3600].

Други области на живот от този показател, които се свързват със затруднения при лицата със заекване, са междуличностните взаимоотношения, включително затруднения в комуникацията при оказване на помощ на други [d6602], междуличностни взаимоотношения [d6603], толерантност във взаимоотношенията [d7102], регулиране на поведението в рамките на взаимодействията [d7202], поддържане на социалното пространство [d7204] и др.

Едни от най-значителните затруднения са в сферата на образованието и трудовата заетост. Децата от различните възрастови групи и младежите изпитват множество препятствия при устно предаване на заучения материал. По отношение на трудовата заетост трудностите започват още в моментите на самопредставяне в интервютата за работа, както и в целия процес на комуникация по време на трудовата заетост, като понякога заекването може да се окаже причина да не се задържи работната позиция. Някои от кодовете, свързани с частта „Основни сфери на живот“, са: предучилищно възпитание [d815], училище [d820], висше образование [d830], търсене и намиране на работа [d845], получаване на възнаграждение при работа [d850], основни икономически трансакции [d860], участие в неформални асоциации [d9100], участие в церемонии и други публични събития [d9102], както и отдых и свободно време [d9200–d9209].

Факторите на средата по показател „Фактори на средата“ с код [e] се разглеждат като съществен елемент, влияещ върху качеството на живот при лицата със заекване. Те са разделени в няколко основни групи, като тези с най-голямо значение са „Продукти и технологии“,

„Подкрепа и взаимоотношения“, „Нагласи“, както и „Услуги, системи и политики“. Примери за използвани кодове в този показател са продукти и технологии за комуникация [e125], продукти и технологии за заетост [e135], продукти и технологии за образование [e130], подкрепа и взаимоотношения в семейството [e310], подкрепа и взаимоотношения с приятели [e320], подкрепа и взаимоотношения със здравни специалисти [e355], отношение на обществото и хората [e400], организации за подкрепа [e555], както и служби за образование [e585].

Качество на живот и оценка на преживяването при заекване

Скритото поведение и качеството на живот при лицата със заекване са тясно обвързани с личностните особености, които са строго индивидуални и свързани с начина на живот, пола, възрастта, вярванията и др. Както вече бе посочено, тези фактори не са кодирани в ICF поради голямата им вариативност в различните култури, възрастови групи и социални контексти, но са включени в модела, тъй като оказват съществено влияние върху функционирането на човека. Ето защо оценката на скритото поведение изисква лицата със заекване да отговарят на целенасочени въпроси чрез скали за самооценка, свързани с техните мисли, чувства и преживявания, но обвързани с представените кодове от отделните показатели на ICF за ежедневието живот, като ситуации, образование, взаимоотношения, услуги, институции и трудова заетост.

В последните години един от най-използваните стандартизирани инструментариуми, оценяващи влиянието на заекването върху качеството на живота и отчитащи скритото поведение, е *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)* (Yaruss & Quesal, 2006). Той се състои от четири раздела, които обхващат възприятието на говорещия за увреждането, афективните, поведенческите и когнитивните реакции към заекването, способностите за функционална комуникация в ключови говорни ситуации, както и въздействието на заекването върху цялостното качество на живот. В зависимост от възрастовата група са разработени три версии на инструмента: OASES-S за деца в училищна възраст (7–12 г.; 60 въпроса), OASES-T за подрастващи (13–17 г.; 80 въпроса) и OASES-A за възрастни (18+ г.; 100 въпроса).

Освен OASES, в клиничната практика се използват и други инструменти за самооценка, насочени към преживяването на заекването,

като *Stutterer's self-rating of reactions to speech situations* (Darley & Spriestersbach, 1978), *Speech Situation Checklist (SSC)* за възрастни със заекване (Vanryckeghem & Brutton, 2017), както и WASSP (Wright & Ayre, 2000). Както вече бе дискутирано, при планирането на терапията е важно да се отчетат когнитивните, афективните и емоционалните характеристики на лицата със заекване, поради което са разработени и допълнителни инструментариуми, насочени към оценка на тревожността и социалната фобия, сред които *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger et al., 1983) и *Social Phobia Inventory* (Connor, 2000).

Вземане на клинично решение и избор на терапия

Решението за прилагане на терапия и структурирането на терапевтичната програма се основава на щателен анализ както на видимите симптоми на заекването, така и на скритото поведение. В зависимост от възрастовата група се подбират подходящи терапевтични програми, които следва да бъдат индивидуализирани за конкретния клиент. При ранно заекване на първо място трябва да се отсеят симптомите и факторите, касаещи вземането на решение дали да се започне терапия или да се приложи изчаквателен подход. Данните за ефективност сочат, че започване на терапия следва да се предприема при продължителност на проявите повече от 6 (12) месеца, при нарастване на честотата и продължителността на типичните за заекването симптоми през този период, при увеличаване на броя на удължаванията, при наличие на три и повече типични за заекването симптоми спрямо лингвистична единица, при наличие на елементи на осъзнаване на нарушението и евентуална фрустрация, при наличие на съпътстващо моторно поведение, при фамилна обремененост, както и при мъжки пол (по Симонска, 2013; Simonska, 2015).

Препоръчително е изборът на терапевтична програма да се базира на доказали своята ефективност програми. Съгласно ICF лечението на заекването следва да има за цел да се улесни говоренето, главно чрез елиминиране или намаляване на количеството симптоми на заекване (Световната здравна организация, 2001). На базата на метаанализ на редица публикации Brignell et al. (2021) доказват, че Лидкомб програмата (Onslow et al., 2003), като директен метод, е най-ефективна при ранно заекване.

Базирано на данните от научната литература, у нас Симонска прилага Лидкомб програмата при група деца с ранно заекване в рамките на

нерандомизирано клинично тестване и доказва нейната приложимост и ефективност (Симонска, 2013; Simonska, 2015). Интерес в проучването на Brignell et al. (2021) представлява сравнителният анализ на Лидкомб програмата с друга програма, базирана на кохортно изследване – Модела за изискванията и капацитета (Capacity and Demands Model – CDM) (Franken, 2013; Franken et al., 2005), като авторите посочват, че едно от предимствата на този модел е обучението на родителите да редуцират не само двигателните и езиковите изисквания, но и емоционалните и когнитивните натоварвания, които могат да провокират заекването, при едновременно изграждане на капацитета на детето в различни области за подобряване на плавността.

В ранните етапи от проявите на заекване децата рядко се определят като заекващи, тъй като те могат да реагират на трудностите в говорната си продукция, но все още не са развити реакциите на очакване на заекването и последващите от него скрити поведения. Този тип поведение е характерен за хроничното заекване, което се наблюдава при деца в училищна възраст, подрастващи и възрастни, и именно появата и задълбочаването на скритите симптоми налагат прилагането на инструменти за тяхното оценяване с оглед структурирането на терапията.

OASES предоставя такава информация, като негово предимство е, че е разработен за отделните възрастови групи и е базиран на клинични проучвания. Следователно този инструмент е с доказана ефективност и може да се прилага в логопедичната практика, за да подпомогне логопедите при структурирането на терапията спрямо влиянието на нарушението върху качеството на живот на конкретния индивид.

Друг препоръчителен инструмент с оглед на планиране на терапия, насочена към подобряване на качеството на живот, е WASSP (Wright & Ayre, 2000; 2009). Негово предимство е, че е проектиран както за оценка, така и за планиране и отчитане на промените при клиента след терапията. Всеки от 24-те елемента на теста се оценява със 7-степенна скала – от липса до много тежка проява, като чрез тях се измерват области, свързани с поведението при заекване, мислите и чувствата относно заекването, избягването на заекването и загубата на предимство поради заекване.

Разликата между OASES и WASSP е, че при първия са налице обективни цифрови скали, които представят в стойности влиянието на заекването върху качеството на живот, докато при втория инструмент скалите

позволяват изграждане на индивидуален профил на клиента, който може да бъде проследяван по време на терапията и след нейното приключване. Следователно изборът на логопеда зависи от това какъв тип информация е необходима с оглед на конкретните нужди на клиента.

В научната литература се описват два основни подхода за терапия на заекване при деца в училищна възраст, подрастващи и възрастни – подход за оформяне на речевата плавност и подход за видеоизменяне на заекването. Разработени са различни терапевтични програми, базирани на тези два подхода. Подходът за оформяне на речевата плавност се основава на реструктуриране на речта чрез използване на техники като удължена реч, дихателни упражнения, контрол върху темпа на речта и лек артикулаторен контакт.

Подходът за модификация на заекването е насочен към намаляване на физическото напрежение и борбата за освобождаване от спазмите, като изисква индивидът да идентифицира момента на заекване преди, по време или след възникването му и да редуцира напрежението. Конкретната стратегия, която избират лицата със заекване, зависи от това дали те „улавят“ заекването преди неговата поява, по време на самото заекване или след момента на проявата му (Van Riper, 1973).

В систематичен анализ Gupta et al. (2022) проучват научната литература по отношение на терапията на заекване за периода 2000-2020 г. и установяват, че от избраните статии в 27 се обсъждат различни поведенчески подходи, от които 11 са насочени към формална терапия, 9 за поддържане на речевата плавност, а 7 включват допълнение към терапията. От формалните терапии на първо място по позоваване е Лидкомб програмата за ранно заекване, следвана от Camperdown Program и Comprehensive Stuttering Program. От техниките за поддържане на речевата плавност най-посочвани са AAF (altered auditory feedback/смяна на слуховата обратна връзка), следвани от хорово четене и сричкуване. От допълващите програми като най-позовавана е Когнитивната поведенческата терапия (CBT).

В България липсват данни за ефективност при деца от училищна възраст, налице са само за възрастни. Представени са данни за приложение на Camperdown Program от Georgieva & Stoilova (2020), за Non-avoidance approach от Georgieva (2014) и Комбиниран подход от Горанова (2021). И трите проучвания са нерандомизирани клинични тествания. През 2018

г. Georgieva, Simonska, & Stoilova насочват вниманието над включване в обучението на студентите на тренинги, базирани на доказателства за ефективност у нас. Важно е да се уточни, че авторите на проучванията в България са обучени в прилагането на терапевтичните програми, по които са провеждали изследванията.

Заклучение

Успешната терапия зависи от уменията на логопеда да подбере правилно диагностичния инструментариум и терапевтичната програма. В нашето съвремие е от изключителна важност логопедите да надграждат своите знания и умения и да се специализират в работата с конкретни комуникативни нарушения. Това ще им позволи да задълбочат своите знания чрез търсенето на доказали ефективността си методи за диагностика и терапия и да усъвършенстват уменията си чрез надграждащо обучение. Настоящата статия е пример за подбор на диагностични тестове и терапевтични програми, базирани на данни за ефективност и подчинени на основната цел: чрез тях да се индивидуализира терапията по посока подобряване на благосъстоянието на клиента.

Библиография

- Горанова, Е. Г. (2021). *Модел за комплексно логопедично и функционално изследване, характеризирани и диференцирани на видове и подвидове плавностни нарушения на речта*. София: Авангард Прима.
- Симонска, М. (2019). Детска версия на Международната класификация на функционирането, увреждането и здравето (ICF – Children and Youth): възможности за приложение. В: *Сборник с доклади от международна логопедична конференция „Работа с родители“* (стр. 279–289). София: Изд. Ромел.
- Симонска, М. (2013). *Диагностика на заекване в предучилищна възраст* (методическо ръководство). Благоевград: Издателство „БОН“.
- Симонска, М. (2009а). Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF): същност и перспективи. В: Д. Траянова & Р. Йосифова (ред.), *Сборник от VII Национална конференция на НСЛБ „Екипна работа при пациенти с моторен дефицит“* (стр. 158–166). София: Изд. Ромел.
- Симонска, М. (2009б). Използване на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF) при неврологично базирани комуникативни нарушения. В: Д. Траянова & Р. Йосифова (ред.), *Сборник от VII Национална конференция на НСЛБ „Екипна работа при пациенти с моторен дефицит“* (стр. 27–36). София: Изд. Ромел.

Симонска, М. (2008а). СЗО и нейните класификации при дефиниране на заекването: нов поглед в унисон с преминаването на логопедията в направление „Здравни науки“. *Годишник на СУБ „Наука – образование – изкуство“*, 2, 630–637.

Симонска, М. (2008б). *Диагностика на ранното заекване* (докторска дисертация). София.

Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37(4), 325–369. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>

American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Counseling in audiology and speech-language pathology* [Practice portal]. Retrieved from <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Counseling-For-Professional-Service-Delivery/>

Ayre, A., & Wright, L. (2009). WASSP: An international review of its clinical application. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 83–90.

Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S., & Morgan, A. (2021). Interventions for children and adolescents who stutter: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Journal of Fluency Disorders*, 70, 105843.

Burns, P. B., Rohrich, R. J., & Chung, K. C. (2011). The levels of evidence and their role in evidence-based medicine. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 128(1), 305–310. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318219c171>

Chang, S. E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333–1344.

Estella, P. M., Threats, T. T., & Worrall, L. E. (2008). An introduction to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for speech-language pathology: Its past, present and future. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1–2), 2–8.

Franken, M. C. J., Kielstra-Van der Schalk, C. J., & Boelens, H. (2005). Experimental treatment of early stuttering: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 30(3), 189–199.

Franken, M. C., de Sonnevill-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, A. C. M., & Bouwmans-Frijters, C. (2015). Comparing a demands and capacities model approach and the Lidcombe program for pre-school stuttering children: The RESTART randomized trial. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 287–288.

Georgieva, D. (2014). Intensive non-avoidance group therapy with adults who stutter: Preliminary results. *CoDAS*, 26, 122–130.

Georgieva, D., Simonska, M., & Stoilova, R. (2018). Synchronizing international guidelines for university student training in stuttering: The Bulgarian evidence-based practice perspective. В: *Proceedings of the Third International Conference on Stuttering* (pp. 249–257). Rome, Italy.

- Georgieva, D., & Stoilova, R.** (2018). A clinical training model for students: Intensive treatment of stuttering using prolonged speech. *CoDAS, 30*(5), e20170259.
- Gillam, R., Logan, K., & Pearson, N.** (2009). *TOCS: Test of Childhood Stuttering*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Gupta, G., Chandra, S., Dautenhahn, K., & Loucks, T.** (2022). Stuttering treatment approaches from the past two decades: Comprehensive survey and review. *Journal of Student Research, 11*(2).
- Karniol, R.** (1995). Stuttering, language, and cognition: A review and a model of stuttering as suprasegmental sentence plan alignment (SPA). *Psychological Bulletin, 117*, 104–124.
- Kennedy, C.** (2003). Functioning and disability associated with mental disorders: The evolution since ICDH. *Disability and Rehabilitation, 25*(11–12), 611.
- Leonardi, M., Lee, H., Kostanjsek, N., Fornari, A., Raggi, A., Martinuzzi, A., ... Kraus de Camargo, O.** (2022). 20 years of ICF—International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and applications around the world. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(18), 11321.
- Onslow, M.** (2017). *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*. Retrieved from <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/asrc-resources>
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, R. E.** (2003). *The Lidcombe program of early stuttering intervention: A clinician's guide*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Packman, A., Code, C., & Onslow, M.** (2007). On the cause of stuttering: Integrating theory with brain and behavioral research. *Journal of Neurolinguistics, 20*, 353–362.
- Postma, A., & Kolk, H.** (1993). The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered dysfluencies. *Journal of Speech and Hearing Research, 36*, 472–487.
- Riley, G. D.** (2009). *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults* (4th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S.** (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schindler, A., Invernizzi, A., Muo, R., Grosso, E., & Schindler, O.** (2007). Application of the ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) in adult patients with severe hearing, voice or mental impairment: Preliminary considerations. **B: 27th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics: Programme & Abstracts** (p. 62).
- Sheehan, J.** (1970). *Stuttering research and therapy*. New York: Harper & Row.
- Simonska, M.** (2013). Communication disorders in the frame of ICF. *Asklepios, VIII*(XXVII)(2), 148–153.
- Simonska, M.** (2015). Follow-up data of implementation of the Lidcombe Program in early stuttering treatment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences, 193*, 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.267>
- Stamm, T., Cieza, A., Machold, K., Smolen, J., & Stucki, G.** (2006). Exploration of the link between conceptual occupational therapy and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal, 53*, 9–17.
- Starkweather, C. W.** (1995). A simple theory of stuttering. *Journal of Fluency Disorders, 20*, 91–116.
- Ustun, B.** (2002). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A common framework for describing health states. **B: Summary Measures of Population Health** (pp. 343–348). Geneva: WHO.
- Van Riper, C.** (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., & Howell, P.** (2008). Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain, 131*(1), 50–59. <https://doi.org/10.1093/brain/awm241>
- Wieland, E. A., McAuley, J. D., Dille, L. C., & Chang, S. E.** (2015). Evidence for a rhythm perception deficit in children who stutter. *Brain and Language, 144*, 26–34.
- World Health Organization.** (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth Version (ICF-CY)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization.** (n.d.). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wright, L., & Ayre, A.** (2000). *WASSP: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Bicester, UK: Winslow Press.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W.** (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders, 37*, 35–52.
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W.** (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders, 31*(2), 90–115.

СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ЛОГОПЕДИЧНАТА РАБОТА: ЗАДАЧИ НА КОНСУЛТИРАНЕТО

Елена Бояджиева-Делева
Софийски университет „Св. Климент Охридски“
e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Резюме: Консултирането е ключова професионална компетенция на логопедите, наред с диагностиката и терапията на комуникативните нарушения. Дейностите по консултиране се преплитат с тези по превенция, ранна интервенция и терапевтично планиране, като в същото време те удовлетворяват социалните измерения на логопедичната работа. Целта на изследването е да се очертаят основните направления на логопедичното консултиране и да се установят социално-ориентираните му задачи, приоритетни за науката и практиката през последните 10 години. Използваният метод е обзор на заглавията и резюметата на научни публикации в световните бази данни PubMed, Cochrane Library, ERIC data library и Google Scholar чрез структурирано търсене по ключови думи на английски и на български език. Получените резултати показват сравнително малък брой научни публикации в сферата на логопедичното консултиране за периода от 2012 г. до 2022 г. На основата на анализа на заглавията и резюметата в отсетите 101 публикации без дублиране в информационните бази данни, се систематизират основните групи нарушения и актуални терапевтични направления, на които се отдава приоритетно значение в логопедичното консултиране: генетични синдроми, слухова загуба и слухопротезиране, гласови нарушения, хигиена на гласа и гласова превенция, афазия, неврокогнитивни нарушения и състояния с прогресиращ характер и др. В рамките на тези направления се прецизират някои от основните задачи на логопедичното консултиране, отвъд предоставянето на информация за водещото нарушение и терапевтичната стратегия. Сред тези задачи се включват работа за превенция на училищния тормоз над деца с комуникативни нарушения, подобряване на психичното благосъстояние и качеството на живот на възрастни пациенти с деменция или невродегенеративни състояния, а така и формиране на умения за консултиране у студенти по логопедия и млади специалисти. В заключение може да се твърди, че въпреки безспорното си значение за успешната логопедична терапия, социално ориентираните задачи на логопедичното консултиране остават слабо проучвана и недостатъчно практически прилагана част от работата на логопедите. Това налага основната препоръка консултирането като елемент на логопедичната практика да бъде по-задълбочено проучвано, анализирано и обосновавано, особено в България.

Ключови думи: консултиране, логопедична терапия, логопедична работа, социална работа

SOCIAL ASPECTS OF SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY WORK: TASKS OF COUNSELING

Elena Boyadzhieva-Deleva
Sofia University "St. Kliment Ohridski"
e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Abstract: Counseling is a key professional competence of speech and language therapists, along with the diagnosis and treatment of communication disorders. Counseling activities are interrelated with those of prevention, early intervention and therapeutic planning, while at the same time they are satisfying the social dimensions of speech-language pathology work. The purpose of the study is to outline the main directions of speech-language pathology counseling and to establish its socially oriented tasks, priorities for science and practice in the last 10 years. The method used is an overview of the titles and abstracts of scientific publications in the global databases PubMed, Cochrane Library, ERIC data library and Google Scholar through a structured search by keywords in English and Bulgarian. The obtained results show a relatively small number of scientific publications in the field of speech-language pathology counseling for the period from 2012 to 2022. Based on the analysis of the titles and abstracts of the 101 publications without duplication in the information databases, the main groups of disorders and current therapeutic areas are systematized, which are given priority in speech pathology counseling: genetic syndromes, hearing loss and hearing aids, voice disorders, voice hygiene and voice prevention, aphasia, neurocognitive disorders and conditions of a progressive nature, etc. Within these areas, some of the main tasks of speech pathology counseling are specified, beyond the provision of information about the leading disorder and the therapeutic strategy. These tasks include work on the prevention of school bullying of children with communication disorders, improving the psychological well-being and quality of life of adult patients with dementia or neurodegenerative conditions, as well as developing counseling skills in speech therapy students and young professionals. In conclusion, it can be argued that despite its undeniable importance for successful speech therapy, the socially oriented tasks of speech-language pathology counseling remain poorly studied and insufficiently applied part of the work of speech therapists. This requires the main recommendation that counseling as an element of speech therapy practice should be more thoroughly studied, analyzed and justified, especially in Bulgaria.

Keywords: counseling, speech-language pathology, speech and language therapy, social work

Въведение

Консултирането е широко понятие, което се отнася до съдействие, предоставено чрез взаимодействие на лица и техните семейства, които са изправени пред предизвикателни емоции и житейски ситуации, в опит да се поставят разбираеми и реалистични цели за подобряване на качеството им на живот (Tellis, Varone, 2018). Консултирането се разделя на две основни категории – информационно и личностно (Flasher, Fogle, 2012). Информационното се отнася до обучаването на лицето с нарушение и семейството му относно характера на нарушението, възможните терапии, прогнозата и необходимите ресурси. Личностното консултиране е насочено към формиране на умения за управление и разбиране на чувствата, емоциите, мислите и нагласите на лицата с нарушения и техните семейства, породени от комуникативното нарушение.

Според DiLollo, Neimeyer (2022: 5) логопедичното консултиране засяга „...онези компоненти от взаимовръзката логопед-клиент, които подпомагат личностното израстване и подобрене на клиентите (и техните семейства), с целта да се подкрепят индивидите и/или семействата да преодолееят, да се приспособят и да се справят с нарушенията на комуникацията и гълтането и с терапията на тези нарушения“. Консултирането е неразделна част от логопедичната клинична работа, в която уменията за консултиране се използват целенасочено или спонтанно от логопеда (Luterman, 2008).

Според концепцията на Американската асоциация на логопедите и аудиолозите, основната характеристика на логопедичното консултиране е процесът на изграждане на доверителна връзка с клиента (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA 2022). Ролята на логопеда се състои в предоставяне на информация под формата на обучение, ръководство и подкрепа на индивиди, семейства и други лица, свързани с грижата и отглеждането по посока на приемане, адаптация и емоционални реакции към комуникативните нарушения, нарушенията на гълтането и храненето и други свързани нарушения“ (American Speech-Language-Hearing Association, 2016b). Предоставяната информация се отнася до същността на комуникативните нарушения и тези на гълтането, хода и продължителността на интервенцията, начините за

подобряване на резултатите, справяне с нарушението и прогнозата. ASHA регламентира обхвата на логопедичното консултиране и задачите на логопедите в това направление и в Етичен кодекс (American Speech-Language-Hearing Association, 2016a). В документа се отделят петте основни области на професионална практика и компетентност: застъпничество, супервизия, обучение, лидерство и изследователска практика, които се преплитат с осем области на предоставяне на услуги: сътрудничество, консултиране, превенция и благосъстояние, скрининг, оценяване, терапия, технологии и инструментално подпомагане, популации и системи. Логопедите изпълняват следните дейности при консултирането на лица с комуникативни нарушения и техните семейства:

- подпомагане на лицето и неговото семейство да взема информирано решение, свързано с проблемите на комуникацията, храненето и гълтането;

- обучаване на лицето, семейството му и свързани членове на общността за същността на комуникативното нарушение или нарушението на храненето и гълтането;

- осигуряване на подкрепа и/или организиране на групи за взаимопомощ за лицата с нарушения и техните семейства;

- осигуряване на лицата и семействата им умения, които да им позволят да се застъпват за себе си;

- обсъждане, оценяване и приемане на негативни емоции и мисли, свързани с комуникативните нарушения или тези на храненето и гълтането;

- насочване на индивидите с нарушения към други професионалисти, когато потребностите от консултиране излизат отвъд тези, свързани с комуникация, хранене и гълтане.

На консултирането в логопедичната практика може да се гледа и като на дългосрочен процес, обхващащ етапите на превенция, ранна интервенция и същинска диагностика и терапия (Бояджиева-Делева, 2018). Логопедичното консултиране може да се разглежда и като система от мерки, насочени към различните равнища на функциониране на индивида: микроравнище (семейството и най-близката среда), мезоравнище (най-близката социална среда – детски градини, училища, институции и организации за грижа и образование, месторабота) и макроравнище (общността и обществото).

Постановка на изследването

Целта на изследването е да се очертаят основните направления на логопедичното консултиране и да се установят социално-ориентираните му задачи, приоритетни за науката и световната практика през последните 10 години (2012-2022 г.). Причината за избор на посочения период е фактът, че консултирането като елемент на логопедичната работа започва да се регламентира с ключови документи на световните и международните асоциации на логопедите след 2005 г., което води до целенасочени усилия за развитие на тази практическа област.

Метод. Приложена е процедура по структурирано търсене по ключови думи на английски и на български език в четири световни бази данни с научна информация: PubMed (приета за основна), Cochrane Library, ERIC data library и Google Scholar (като допълнителни). Търсенето е насочено към отсяване и обзор на заглавията и резюметата на научни публикации за посочения 10-годишен период (2012-2022 г.), като са позволени няколко възможни типове публикации (статии, обзори, документи, резюмета, мета анализи, клинични насоки и др.). Използвани са следните ключови думи и комбинации от тях: counseling, consulting, consultation, speech-language pathology and/or therapy, speech and language pathology and/or therapy, logopedics, консултиране, логопедично. Приложена е опцията multiple searching, както и разделител AND, който позволява комбинирането на повече от една от въведените ключови думи в резултатите. След получаването на основната база резултати от търсенето е проведена ръчна процедура за отсяване на дублиращите се заглавия и аносите без добавено съдържание.

Резултати и дискусия

Търсенето в PubMed открива резултати само с ключови думи на английски език и показва, че първите записани публикации по темата са от 1979 г. Систематизацията показва общо 179 резултата за периода 1979-2022 г., като за последните 10 години се откриват 143 публикации. Това потвърждава и изказаното по-горе твърдение, че областта на логопедичното консултиране започва да се развива целенасочено сравнително от скоро. От откритите 143 резултата, 76 публикации от всички зададени в търсенето категории не се включват в анализа поради ирелевантност на съдържанието на публикацията към целта на изследването (например, предоставят се данни за пренатално

медицинско и психологическо консултиране при генетични синдроми, открити по време на бременността). Така на качествен анализ се подлагат 67 публикации на английски език от тази база данни.

Допълнителната проверка в ERIC и Cochrane Library също не открива резултати с търсене на български език. След отсяване на ирелевантните по съдържание публикации и дублираните в другите бази данни, в ERIC остават 9 публикации за заложения период на търсенето. В Cochrane Library на английски език се откриват общо 65 публикации, 45 от които се дублират с откритите в PubMed. Отсетите общо 29 публикации от ERIC и Cochrane Library се добавят към качествения анализ на общия масив.

Търсенето в Google Scholar е единственото, което открива резултати с ключови думи на български език. От общо 63 резултата, едва 5 статии описват по същество естеството, целите и задачите на логопедичното консултиране:

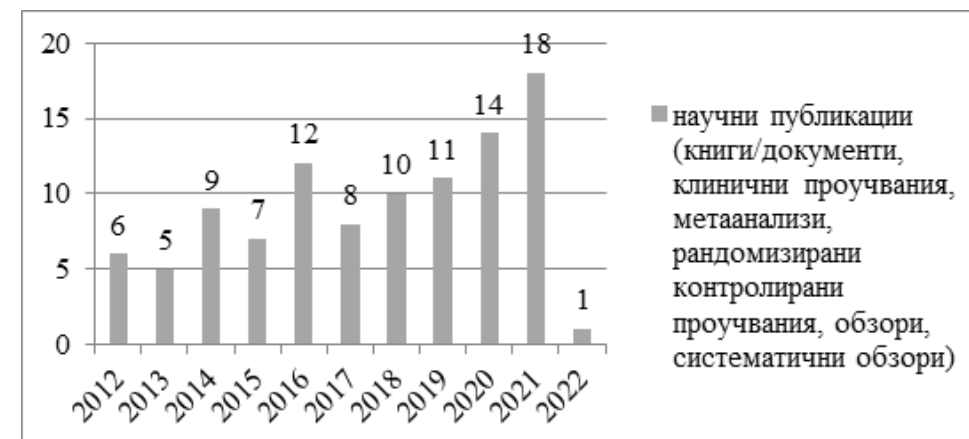
- консултиране на родителите при екипна работа с деца с дислексия на развитието (Нинова, 2016);
- логопедично консултиране и работата на логопеда в подкрепа на приобщаващо образование на деца с комуникативни нарушения (Бояджиева-Делева, 2018);
- консултиране на родители и на учители на деца с комуникативни нарушения като елемент на диагностично-терапевтичния процес (Василева, Стоянова, 2018);
- форми на логопедичното консултиране и супервизия в телепрактика (Бояджиева-Делева, 2020а, 2020б).

При съдържателния преглед на публикациите на български език, които в следствие отпадат от анализа, прави впечатление, че сред тях има около 10 статии за ранното въздействие при деца от уязвими групи, ранната интервенция и взаимодействие, но терминът консултиране и отношението му с логопедичната работа се заявява имплицитно. В областта на ранната грижа логопедът е един от специалистите по детско развитие, който може да се включи пълноценно в системата от мерки за ранно въздействие, интервенция и превенция. В този контекст усилията на логопедите са насочени към модификация на средата и диадата дете-възрастен, в което именно се състои логопедичното консултиране. Това обаче не се заявява категорично в нито една от откритите публикации. Ключовата дума „консултиране“ излиза свързана с публикации за

обучението и професионалното ориентиране на децата със специални образователни потребности (СОП), законовата рамка в системата на приобщаващото образование, мултикултурната и мултилингвалната среда, децата от уязвимите групи и етническите малцинства. В тези случаи консултирането е приоритетно за психолози, ресурсни учители и други педагогически специалисти, като ролята на логопедите остава недефинирана.

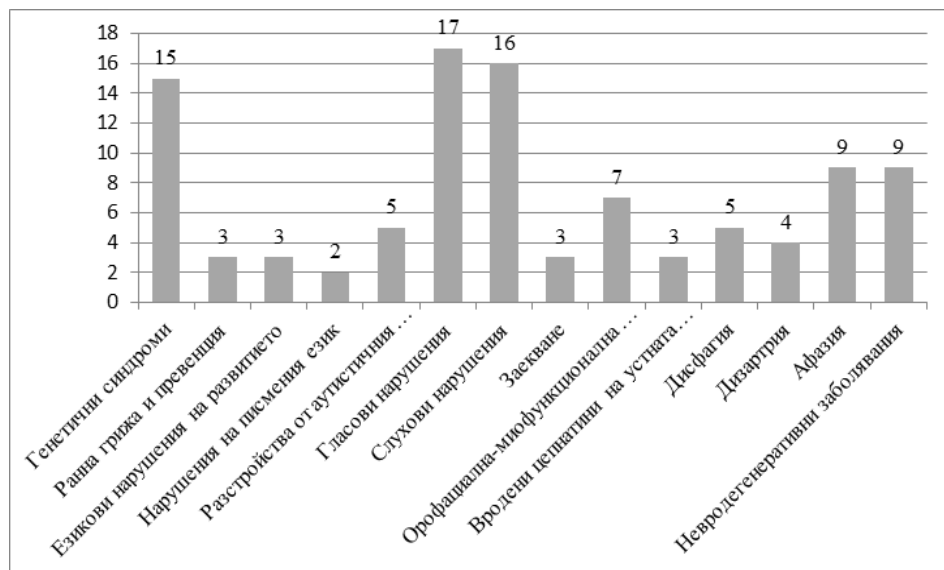
В графиката на Фиг. 1. е поместен обобщеният количествен анализ на получените резултати от търсенето и в четирите бази данни с научна информация. Видно е, че най-голям е броят на публикациите през последните 2 години на зададения период (като данните от 2022 г. се приемат за непълни, предвид работата над настоящата публикация през първото тримесечие на годината).

Фиг. 1. Публикации, посветени на логопедичното консултиране за периода 2012-2022 г. (PubMed = 67; ERIC = 9; Cochrane = 20; Google Scholar = 5; N = 101)



Съдържателният анализ на подбраните публикации показва, че са включени всички области на логопедична работа – както при нарушения на развитието, така и при придобити нарушения. Степента на застъпеност на отделните области е представена в следващата Фиг. 2.

Фиг. 2. Разпределение на публикациите за логопедично консултиране по области



Най-многобройни са публикациите в областта на консултирането при гласови нарушения, следвани от тези при увреден слух и генетични синдроми. Поради разнообразието на разгледаните генетични синдроми и различните им симптоми, в тази област се засягат темите за разстройства от аутистичния спектър (РАС), синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието (СХАДВ), вродени цепнатини на устната и/или небцето (ВЦУН), диспраксия и др. В тези публикации се разглежда предимно информационното консултиране. Областта, обозначена като РАС в графиката на Фиг. 2 се отнася до публикации, в които консултирането има не информативен, а личностен характер – разгледаните публикации са насочени към консултиране на родителите за справяне с чувствителни възрастови преходи и превенция на тормоза в училище. Други области на диагностика и терапия, в които се прилага и информационно консултиране, също се преплитат и се представят съвместно в една и съща публикация. Така например консултантски практики, насочени към допълващата и алтернативна комуникация (ДАК) се разглеждат както в публикации с основна тема консултиране при РАС (n=5), така и в такива за афазия (n=3);

консултиране по протоколи за оромоторна терапия се представят както при дизартрия, така и съвместно с консултиране за деца с ВЦУН (n=4), ортодонтско лечение на болки в темпоро-мандибуларната става (ТМС) (n=1), хронични болки във врата (n=5) и хронична кашлица (n=3). Подробната разбивка на подобластите на консултиране е представена в следващата Таблица 1.:

Таблица 1. Основни области и подобласти на логопедично консултиране

| Област | Подобласти и брой публикации | Общ брой публикации |
|-------------------------|--|---------------------|
| Генетични синдроми | Синдром на Даун (2); синдром на Пиер-Робен (1); FOXP2 (2); Phelan-McDermod (2); синдром на делеция на NRXN1 (2); синдром на делеция на 22q11.2-синдром на Ди Джорж (1); спиноцеребеларна атаксия (2); спастична параплегия (3). включват информационно консултиране на следните свързани състояния: диспраксия, дисфагия, велофарингеална недостатъчност, ВЦУН, нарушен или снижен слух, РАС, РДВХ, интелектуална недостатъчност, гърчови състояния, шизофрения, нарушения на настроението и конгенитални малформации. | 15 |
| Ранна грижа и превенция | Неонатална грижа при рискови новородени (1); билингвизъм, мултилингвизъм и мултикултурна среда (2) | 3 |

| | | |
|---------------------------------|--|----|
| Езикови нарушения на развитието | Специфични езикови нарушения (СЕН) (2), превенция на СЕН (1) | 3 |
| Нарушения на писмения език | Нарушения на четенето (1); нарушения на писането (1) | 2 |
| РАС | Периоди на възрастов преход (1); самоувереност в училище (1); тормоз (1); Включват се практики по консултиране на ДАК, диспраксия. Част от практиките за консултиране при РАС са описани в публикации за консултиране при генетични синдроми (FOXP2; синдром на делеция на NRXN1). | 5 |
| Гласови нарушения | globus pharyngeus (1); ларингектомия (1); рак на шията (1); гласова почивка след операция (1); мисфония (1); функционални гласови нарушения (10); хигиена на гласа и превенция (2) | 17 |
| Слухови нарушения | кохлеарни имплантни системи (КИС) (5); тинитус (6); хиперакузис (2); влияние над езика и говора (1); ранна интервенция (2) | 16 |
| Заекване | Личностно консултиране за справяне с тормоза в училище (2) и формиране на умения за създаване на приятелства (1) | 3 |

| | | |
|---|---|---|
| Орофациална-миофункционална терапия | хронична кашлица (4); болки във врата (1); ортодонтски нарушения (1); терапия на дисфункция в ТМС (1) | 7 |
| ВЦУН | Включват темите за дисфагия и оромоторна терапия | 3 |
| Дисфагия | Като отделна област се разглежда в 5 публикации. Темата се застъпва при ВЦУН, дизартрия, афазия, аутизъм | 5 |
| Дизартрия | | 4 |
| Афазия | Първична прогресираща афазия, ППА (2); грижи след инсулт (3); психологично добруване и качество на живот (2), афазия на Брока (2) | 9 |
| Език, говор и емоции при невродегенеративни заболявания | постериорна кортикална атрофия (2), амиотрофична латерална склероза (1), деменция (4); шизофрения при данни за нарушена корова активност в зоните под Брока (2) | 9 |

Извън областите на комуникативните нарушения, темата за логопедичното консултиране е застъпена в четири направления, засягащи неговата методология и теория. Едното направление може да се обобщи като обща теория на консултирането, в която се откриват 3 публикации (1 консенсусна за терминологията и 2 посветени на поведенческите и емоционалните аспекти на комуникативните нарушения). Второто направление обхваща обучението на бъдещи специалисти логопеди и формирането у тях на умения за консултиране. Тук се откриват сравнително голям брой публикации, разпределени в следните насоки: формиране на умения за самоанализ и супервизия (1); клинична самоефективност (4); преподаване на консултиране (4); формиране на умения за работа с афазия и консултиране на

семействата у студенти (1); консултиране на сродни специалисти при нарушения на ученето (3); формиране на интеркултурна компетентност (1); формиране на умения за справяне с микроагресията сред студенти по логопедия (1). Третото голямо направление е посветено на промените на консултантските практики във връзка с пандемията от COVID-19. Очаквано, публикациите след 2020 г. съдържат елементи на анализ на този проблем (n=5), но нито една не е посветена изцяло и само на логопедично консултиране чрез телепрактика. То се обсъжда успоредно с предоставянето на диагностични и терапевтични услуги от разстояние. Последното, четвърто направление, засяга въпроса за мултидисциплинарния подход и екипността при логопедичното консултиране. Откриват се общо 5 тематични публикации в това направление: включване на родителите в терапията на СЕН, осигуряване на мултидисциплинарен подход при ВЦУН, сътрудничество с психолог при съобщаването на диагноза, онлайн тренинг за формиране на фамилно-центрирани умения у консултиращи логопеди и две публикации за подкрепа на родителите при избора на ДАК при вербални и невербални деца с РАС.

В публикациите от заложения период ясно се очертава обхватът на информационното консултиране. Очевидно е, че то е застъпено във всички области на логопедичната терапия, като се включват дейности по предоставяне на знания за нарушенията, методите за тяхното въздействие и ресурсите, необходими на семействата за ефикасно участие в терапевтичния процес. За сметка на това сферата на личностното консултиране остава сравнително слабо разработена. Отделни линии на интерес за личностно консултиране с висока социална ориентираност са свързани с превенцията на насилието и тормоза в училище при деца и ученици със заекване (Yaruss, Reeves, Herring, 2018), СЕН (Blood, Decker, Raviotti, Leibig, Blood, 2014) и РАС (Ofe, Plumb, Plexico, Naak, 2016), осигуряването на адекватни преходи между различните възрастови етапи при подрастващи с РАС (Perryman, Ricks, Cash-Beskett, 2020), посещането на социалната потребност от приятелско общуване на лица с афазия като основен компонент на качеството на живот (Therrien, Madden, Bislick, Wallace, 2021), и предоставянето на екипни палиативни грижи при дисфагия (Hinson, Goldsmith, Murray, 2014). Във всички тях се посочва, че логопедите осъзнават необходимостта и значението на личностното консултиране за решаването на социални задачи, но областта остава недостатъчно развита. Основната причина

за това може да се потърси в университетската и следдипломната подготовка на логопедите. В повечето от анализирани публикации се апелира към посещане на нуждата от специално и целенасочено обучение на логопедите в това направление. Yates, Hudock, Astramovich & Hill (2019) посочват, че логопедите не са обучени да посещат многобройните социални потребности на ученици и подрастващи със заекване, сред които са защита срещу тормоза в училище, създаване и задържане на приятелства, подобряване на социалното включване и участие, преодоляване на негативните нагласи към комуникативните ситуации и на реактивните емоционални състояния, предизвикани от заекването.

Подобни твърдения има и по отношение на работата с възрастни пациенти. Липсата на самоувереност от страна на логопедите за посещането на психологическите потребности на лица с афазия се докладва в резултати от изследване на Northcott, Simpson, Moss, Ahmed & Hilari (2018), които изтъкват като основна причина недостатъчното равнище на университетска подготовка в компетентности от областта на логопедичното консултиране. Идентични са изводите на Sekhon, Oates, Kneebone & Rose (2019) и на Sandberg, Nadermann, Parker, Kubat & Conyers (2021), които заключават, че основната причина за това логопедите да не могат да посещнат социалните потребности, произтичащи от менталното здраве на лица с афазия, е липсата на обучение в техники за консултиране. Sekhon et al. (2019) посочват още, че научните изследвания и данните в областта на обучението на логопедите в консултиране са оскъдни, което прави изводите за ефективността на личностното консултиране като елемент на терапията невъзможни.

Заключение

Рамките на логопедичното консултиране надхвърлят границите, очертани от основните К-въпроси при планирането на терапията (кой, какво, как, къде, кога и колко), с чиято помощ се извършва първичното информационно консултиране. Консултирането в логопедичната практика е целесъобразно да се възприема като елемент на един холистичен терапевтичен подход, насочен към личността и нейния жив социален опит. Личностното логопедично консултиране следва да се използва като механизъм за подобряване и оптимизиране на социалното включване и участие на лицата с комуникативни нарушения

и техните семейства, чрез което да се съдейства за подобряването на качеството на техния живот. Това подсказва за необходимостта логопедичното консултиране да бъде по-добре теоретично обосновано на университетско равнище и по-обстойно проучено като практика в България.

Библиография

Бояджиева-Делева, Е. (2018). Консултирането в логопедичната практика: В помощ на процеса на приобщаване. *Педагогика, ХС*(8), 1083–1095.

Бояджиева-Делева, Е. (2020а). Логопедична терапия в условията на извънредно положение: Предимства и недостатъци на телепрактиката. *Knowledge International Journal, 40*(4), 681–687. <http://ikm.mk/ojs/index.php/KIJ/article/view/3940>

Бояджиева-Делева, Е. (2020б). Планиране на логопедичната терапия в условията на телепрактика. *Специална педагогика и логопедия, 2*, 40–53. https://fnoi.uni-sofia.bg/magazine/index.php/special-edu_language-therapy/issue/view/17

Василева, В., & Стоянова, Д. (2018). Логопедична превенция и диагностика на комуникативните нарушения при деца в предучилищна и начална училищна възраст. В: *Сборник доклади на Русенския университет*, т. 57, кн. 6.2 (стр. 29–34).

Нинова, П. (2016). Анализ на случай на дете с дислексия на развитието и поведенчески проблеми. В: *Интердисциплинарни логопедични практики* (стр. 83–89). София: НБУ.

American Speech-Language-Hearing Association. (2016а). *Code of ethics*. Retrieved April 5, 2022, from <https://www.asha.org/policy/et2016-00342/>

American Speech-Language-Hearing Association. (2016б). *Scope of practice in speech-language pathology*. Retrieved February 17, 2022, from <https://www.asha.org/siteassets/publications/sp2016-00343.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association. (2022). *Counseling for professional service delivery* (Practice Portal). Retrieved April 11, 2022, from <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Counseling-For-Professional-Service-Delivery/>

Blood, G. W., Decker, K. L., Raviotti, K. A., Leibig, A. M., & Blood, I. M. (2014). Bullying in schools: Speech-language pathologists' responses to specific bullying incidents. *Communication Disorders, Deaf Studies & Hearing Aids, 2*(4). <https://doi.org/10.4172/2375-4427.1000121>

DiLollo, A., & Neimeyer, R. A. (2022). *Counseling in speech-language pathology and audiology: Reconstructing personal narratives* (2nd ed.). San Diego, CA: Plural Publishing.

Flasher, L. V., & Fogle, P. T. (2012). *Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.

Hinson, D., Goldsmith, A. J., & Murray, J. (2014). Dysphagia in hospice care: The roles of social work and speech-language pathologists. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia), 23*(4), 173–180. <https://doi.org/10.1044/sasd23.4.173>

Luterman, D. (2008). *Counseling persons with communication disorders and their families* (5th ed.). Austin, TX: Pro-Ed.

Northcott, S., Simpson, A., Moss, B., Ahmed, N., & Hilari, K. (2018). Supporting people with aphasia to “settle into a new way to be”: Speech and language therapists' views on providing psychosocial support. *International Journal of Language & Communication Disorders, 53*(1), 16–29. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12323>

Ofe, E. E., Plumb, A. M., Plexico, L. W., & Haak, N. J. (2016). School-based speech-language pathologists' knowledge and perceptions of autism spectrum disorder and bullying. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 47*, 1–13. https://doi.org/10.1044/2015_LSHSS-15-0058

Perryman, T., Ricks, L., & Cash-Beskett, L. (2020). Meaningful transitions: Enhancing clinician roles in transition planning for adolescents with autism spectrum disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 51*(4), 899–913. https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-19-00048

Pollens, R. (2020). Facilitating client ability to communicate in palliative end-of-life care. *Topics in Language Disorders, 40*(3), 264–277. <https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000220>

Sandberg, C. W., Nadermann, K., Parker, L., Kubat, A. M., & Conyers, L. M. (2021). Counseling in aphasia: Information and strategies for speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology, 30*(6), 2337–2349. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00312

Sekhon, J. K., Oates, J., Kneebone, I., & Rose, M. (2019). Counselling training for speech-language therapists working with people affected by post-stroke aphasia: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders, 54*(3), 321–346. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12455>

Tellis, C. M., & Barone, O. R. (2018). *Counseling and interviewing in speech-language pathology and audiology: A therapy resource*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. Retrieved February 24, 2022, from <https://publish.jblearning.com/>

Therrien, M. C. S., Madden, E. B., Bislick, L., & Wallace, S. E. (2021). Aphasia and friendship: The role and perspectives of speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00370

Yaruss, J. S., Reeves, N., & Herring, C. (2018). How speech–language pathologists can minimize bullying of children who stutter. *Seminars in Speech and Language*, 39(4), 342–355. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667163>

Yates, C. M., Hudock, D., Astramovich, R., & Hill, J. (2019). Helping students who stutter: Interprofessional collaboration between speech-language pathologists and school counselors. *Professional School Counseling*, 22(1), 1–7. <https://doi.org/10.1177/2156759X19844506>

СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ДОБРОТО ГОВОРЕНЕ

Екатерина Тодорова
Нов български университет
e.todorova@nbu.bg

Резюме: Статията разглежда вербалните средства за комуникация – говор, реч, език, не само като инструмент за обмен на информация в процеса на общуването, но и като социален фактор за себеизразяване. Представени са модели за т. нар. оценъчен характер на речта. Разгледана е връзката на доброто говорене със самооценката на индивида, идентичността му, изграждането на социалния Аз-образ, оценката на другите, успехът във формални и неформални комуникативни ситуации, професионалната реализация. Неправилното говорене се дискутира като фактор, който води до промени в социалното, емоционалното и училищното функциониране.

Ключови думи: езикова идентичност; социална идентичност; стандартен език; езикова норма; комуникация

SOCIAL ASPECTS OF THE REGULAR SPEECH

Ekaterina Todorova
New Bulgarian University
e.todorova@nbu.bg

Abstract: The article presents the verbal means of communication – speech and language, not only as a tool for exchanging information in the process of communication, but also as a social factor for self-expression. Models for the evaluative nature of speech and language are presented. The connection of good speech with the self-esteem of the individual, his identity, the construction of the social self-image, the evaluation of others, the success in formal and informal communicative situations, the professional realization is considered. Speech skills are discussed as an important factor for social, emotional, educational realization.

Keywords: linguistic identity; social identity; standard language; language norm; communication

Въведение

Правилната артикулация, ясната дикция и правоговорната култура в изказването са аспекти на вербалната изява на индивида, които имат пряка връзка с уменията за изразяване на родния език. Хората използват езика не само, за да обменят вербална информация

в процеса на общуване, но и за да намерят и заявят мястото си в социалното пространство и да изразят личността си.

Функционирането на индивида в различни социални роли с различна социална идентичност предполага способност за диференцирана употреба на езиковия код. Особено място тук заемат публичните изяви в различни формални роли, където хубавото говорене е съществена част от начина, по който сме възприемани от другите. Публичната изява винаги е свързана с очакванията за добро или лошо представяне, стремеж към позитивно приемане от другите, задържане на вниманието на аудиторията, желание да бъдеш разбран, одобрен, харесан. В тази социална интеракция подадената обратна информация от другите участва в себепознанието и обобщения Аз-образ (М. Дилова, 2008). Вниманието на личността към начина, по който я възприемат другите („публично себеосъзнаване“) се разглежда като устойчива личностна черта (Fennigstein et al, 1975, цит. по М. Дилова, 2008).

От гледна точка на социолингвистиката в процеса на комуникация се осъществява обмен на чисто социални сигнали. За говорещия (адресант) това е начин да съобщи лична информация – какъв е или какъв би искал да бъде, какъв е социалния му статус, какво е положението му в обществото, каква е социалната му роля в съответна комуникативна ситуация. Слушаният (адресат) прави заключения за културата, характерните черти и общественото положение на говорещия.

Хъдсън (1995) дефинира изпращането на социални сигнали като източник на информация, като – езиков предразсъдък. Езиковият предразсъдък е свързан с оценъчния характер на речта, с благоприятните или неблагоприятните оценки, които слушаният поставя на говорещия, на основата на качеството на речта. Според Б. Кръстев (2005, с. 22) в съвременния свят при пълната свобода на словото, „реторичната култура, свързана с красноречието и хубавото говорене, придобива голямо значение – ако днешния политик е и малко повече оратор, той по-лесно ще управлява и печели доверие; ако ученият е и малко оратор, той по-успешно ще представя с думи своите открития; ако тийнейджърът се научи малко по-добре и по-хубаво да говори, ще има повече успех в училищното и неформалното си общуване.“

Особено засегнати от проявите на езиков предразсъдък са хората с публични професии – политици, адвокати, лектори, журналисти, актьори, за които традиционно се смята, че е необходимо да демонстрират ясна дикция, книжовен език, ораторски способности. С

други думи, успешното професионално и обществено функциониране е свързано и с уменията за хубаво говорене, които са детерминирани от: правилен подбор на езиковите средства за изразяване (граматика, лексика, семантика); съобразяване на езиковия код с определена социална роля и комуникативна ситуация (прагматика); ясна дикция и правилна артикулация (разбираем говор); употреба на стандартен (книжовен) език.

Диалектни форми

Диалектните форми, или вариантите на дадена езикова система, са резултат от системни вътрешно-езикови промени, които се случват в рамките на езика. За разлика от различните акценти, където промените са на фонетично-фонологично равнище, диалектите отразяват: структурни (фонология, морфология, синтаксис) и лексикални/семантични промени (R. Kent, 2004). С други думи, акцентът се свързва единствено с произношението, а диалектът – с всички аспекти на езика, включително и произношението.

Диалектите съществуват във всички езикови системи, като се интерпретират в контекста на социални и регионални диалектни форми (M. Linn, 1998). Социалните диалекти изразяват езиковото сходство между хора от една и съща социална група или културна общност (P. Хъдсън, 1995). Регионалните диалекти представляват уникален клъстер (струпване) от езикови характеристики, които са разпространени в даден географски район (J. Chambers, P. Trudgill, 1998). Тези форми не са взаимноизключващи се и могат да съществуват в рамките на езиковата система на един и същ говорител (S. Romaine, 2000).

Хъдсън (1995) използва термина *стандартен език*, който е еквивалент на понятието *книжовен език* в българския. Стандартните езици са резултат на пряка и умишлена интервенция от страна на обществото. Тази интервенция, наречена „стандартизация“, създава стандартен език, там където е имало просто „диалекти“ (т.е. нестандартни варианти). Според Хауген (1966, цит. по Хъдсан, 1995) един типичен стандартен език преминава през следните процеси:

Селекция – по един или друг начин даден вариант е бил избран, за да бъде развит стандартен език. За българския език, следствие от културни, просветни и икономически фактори, книжовния език се изгражда на основата на централните балкански говори, източните и западните диалектни форми (Б. Кръстев, 2005).

Кодификация (Codification) – някаква институция (за бълг. книж. ез. е Българската академия на науките) създава правоговорни и правописни речници, граматика, за да „зафиксира“ съответния вариант, така че всеки носител на езика да разполага с критерий за правилност.

Функционално усъвършенстване (Elaboration of function) – избраният вариант трябва да е в състояние да обслужва всички функции, свързани с държавното управление и с писмената реч (парламент, съд, институции, литературни жанрове).

Одобрение (Acceptance) – вариантът трябва да се възприеме от съответното население като вариант на общността – национален език. След като това стане, стандартният език служи като мощна обединяваща сила за държавата – като символ на нейната независимост (тя е единствен потребител на този стандартен език) и като белег на нейното различие от други държави (Р. Хъдсън, 1995).

За българския език определени регионални диалектни форми налагат ненормативна продукция на говорни звукове, която обаче не може да бъде отнесена към артикулационните нарушения. Така например, в определени райони на Югозападна и Западна България (градовете Перник, Радомир, Земен) се наблюдава неправилна продукция на фонемата [л] в мека позиция – [пиуе] вм. пиле, [зеуе] вм. зеле, [уипа] вм. липа и т.н. Подобни прояви отразяват единствено отклонение от стандартния език, но не и логопедичен проблем.

Независимо от това, наличието на регионални произносителни особености влияе неблагоприятно върху социалното и училищно функциониране на децата. Изследвания на Хъдсън (1995) показват, че във взаимоотношенията учител – ученик, последните често са подценявани. Наличието на нестандартен акцент или диалект води до негативна учителска оценка, в смисъла на занижени академични или потенциални способности на детето.

Способността да се използват различни форми на езика (диалектна, разговорно- фамилиарна, официална и т.н.) в различни социални роли, е маркер за езикова компетентност, култура и образование. Владението на книжовен език, ясна дикция и правилна артикулация взаимодействат с личностното и социалното функциониране. Също така са свързани с реторичните умения на индивида или с други думи, уменията за красноречие, за хубаво говорене.

Известният древногръцки оратор Демостен (384-322 г. пр.н.е., цит. по

Б. Кръстев, 2005, с. 23) е започнал ораторската си кариера с провал, но с неимоверни усилия и свръхчовешки упражнения по дълго бягане е коригирал недостатъците на своята физика, тренирал е речите си до изтощение пред огледало, поставял е камъчета в устата си, за да поправи артикулационните си дефекти, преписал е седем пъти историята на Тукидид, за да подобри правописа си.

В съвременния свят на образователна, политическа, културна и ценностна криза, това са фактори често пренебрегвани в контекста на изявата на личността. Не е тайна, че от години студентите по логопедия в България, изучават артикулационните нарушения и регионалните диалектни форми, като наблюдават и слушат говорители и журналисти, работещи в средствата за масова комуникация или изявите на публични личности от политическия живот на страната.

Според Кръстев (2005) днес се обръща внимание най-вече на идеологическите, логическите, психологическите и техническите аспекти на ораторското изкуство и съвсем малко на лингвистичните основи на реториката, на качествата на самата реч. С други думи, от значение е съдържателната страна на изказването (какво казваме), а не формалната (как го казваме). Едновременно с това, не бива да се пренебрегва фактът, че уменията за изразяване на родния език и правилния говор са свързани с начина по който ни възприемат другите, оценката която получаваме, професионалната ни реализация, успехът във формални и неформални комуникативни ситуации.

Училищно функциониране

Тръгването на училище е важен момент в живота на всяко дете. Интегрирането и утвърждаването в новата социална среда, оказва влияние върху цялостното му развитие.

Още от ранна детска възраст малкото дете е особено чувствително към начина, по който е възприемано от околните и емоционалното отношение на другите към него. Тази естествена психична потребност за одобрение е свързана с процесите на идентификация, социална адаптация и социална свързаност. С други думи, изграждането на Аз-концепцията има социален характер.

Социалната идентичност включва всички роли, които личността изпълнява във всички групи, към които принадлежи. С други думи, социалното „Аз“ се изгражда като обхваща във все по-диференциран вид всичко, което индивидът означава за себе си и за околните. Тази

индивидуална идентификация се развива през цялата онтогенеза, но за особено чувствителни се приемат периодите на възрастовите кризи. С постъпването си в училище детето трябва да изпълни някои основни задачи, като адаптиране и интегриране към съвместен живот с връстници и непознати възрастни, развитие на основни академични умения, свързани с грамотността (четене и писане) и сметните операции, както и развитие на понятия и представи, необходими за ориентация в ежедневието и др.

В периода на начално образование училищният успех е от особено значение за самооценката на децата, за разлика от другите възрастови периоди, обхващащи годините в училище. В случай на затруднения в овладяването на академични умения, децата разбират, че са различни от другите и не знаят как да обяснят каква е причината за това и какво усещат. Често получават негативна оценка, съвети да са по-усърдни, по-съсредоточени, по-старателни, или им се казва, че са глупави. Непрекъснато повтарящият се неуспех формира у тях несигурност и чувство за вина. Осъзнаването, че не могат да отговорят на очакванията на другите поражда усещането за непълноценност и може да доведе до емоционална нестабилност. „Лошият“ ученик, или „несправящият“ се, често е натоварван с критика, подигравки, социална изолация, дори грубост.

Нерядко причината за чести грешки в писмената реч може да е просто следствие от неправилен говор, а затрудненията могат да бъдат преодолени бързо и ефективно с помощта на специализирана логопедична интервенция.

Взаимодействие между говорните умения и развитието на умения за четене

През последните няколко десетилетия множество проучвания манифестират връзка между затрудненията в овладяването на процеса четене и наличието на нарушена артикулация. Лонгитудни проучвания на Scarborough (1990), Gallagher, Frith & Snowling (2000), Pennington и Lefly (2001) на деца с нарушения в четенето показват наличие на артикулационни или езикови дефицити в предучилищна възраст. Авторите представят данни, според които 25 % от изследваните ученици с четивни дефицити са имали предшествващи говорни проблеми. Catts (1993), Bishop и Adams (1990), Snowling, Bishop и Stothard (2000) доказват, че нарушената артикулация в предучилищна възраст

резултира в четивни проблеми в училищна. Според Lewis (1996, цит. по Raitano, 2004), около 30 % от децата със специфични нарушения на артикулацията изпитват затруднения в овладяването на грамотността. Raitano и съавт. (2004) изследват деца между 5;0 и 6;0 годишна възраст с артикулационни нарушения и установяват затруднения при задачи за фонологична осведоменост, метафонология и графемно-фонемно прехвърляне.

Специфичните нарушения на артикулацията, особено в случаите, в които се манифестират със замяна на звукове, безусловно имат своето неблагоприятно влияние върху овладяването на грамотността. Механизмите за развитие на процеса четене изискват придобиването на т.нар. лексикални и сублексикални умения за преработка на писмена вербална информация.

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 процесизиране е свързано с четенето на познати и с висока честота думи, но е неприложимо при четенето на непознати и псевдодуми, които изискват сублексикална преработка (графемно-фонемно прехвърляне). Четецът се базира на думата и езиковия опит, предсказва определени думи и фрази, разпознава думите и накрая буквите, като се отчита и влиянието на контекста.

Сублексикалните умения са свързани със сегментирането на буквите в съответни фонемни, при което графемите и фонемите се съчетават, за да продуцират код. Wagner и Torgesen (1987) детерминират четири способности, имащи влияние върху уменията за анализ на думите, а именно: анализ на фонемни, синтез на фонемни, кодиране в контекста на лексикалния анализ и 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 сублексикалната преработка се фокусира върху способността на детето за четене на непознати и псевдодуми.

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 преработката е автоматизирана и се извършва бързо.

Обикновено говорните нарушения и фонологичните езикови дефицити се отнасят до затруднения в сублексилната преработка. За българския писмен език това е умение, което строго определя овладяването на грамотността и качеството на нейната изява. В българската образователна система се прилага единствено аналитико-синтетичен метод за ограмотяване, който изисква развитието на графемно-фонемно прехвърляне при четене и фонемно-графемно прехвърляне при писане. Нарушената артикулация е в пряка връзка с процеса на графемно-фонемно прехвърляне. Преработката на писмените зрители знакове се отнася неправилно към съответните звукови, акустични, фонемни единици, в пряка зависимост от вида и типа артикулационно нарушение.

Преподаване и неправилен говор

Взаимодействието между нарушения на артикулацията и затруднения в овладяването на четенето и писането не бива да се разглежда еднозначно. Нерядко наличието на говорни (артикулационни) нарушения на учителите препятстват началните етапи от ограмотяването. Българският език спада към онези писмени системи, характеризиращи се с т.нар. азбучен, морфо-фонетичен или правилен правопис. По силата на фонетичния принцип правописът на думите се определя от установения им книжовен изговор, т.е. писменият език отразява точно изговора на думите и материализира фонетичното правило „пиши така, както говориш“ (В. Станков, 2002). Ето защо в процесите на първоначално овладяване на уменията за фонемно-графемно/ графемно-фонемно прехвърляне и кодиране/ декодиране на писмен текст, от изключително значение са – ясната дикция и правилната артикулация на началния учител.

Ако дете в първи клас пише буквата „у“ вм. буквата „л“, възможно е не само то да демонстрира неправилна артикулация на фонемата [л], но и неговата учителка. Ако графемата е въведена като буквата „уъ“ на звук [уъ] фонетичния характер на правописа е нарушен и допълнително затруднява децата. За съжаление, това е честа практика в българското училище.

Неправилната употреба на редица диалектни словоформи (*диге* вм. *дете*, *бъръбан* вм. *барабан*, *тяхни* вм. *техни*, *требва* вм. *трябва* и т.н.) или неясната дикция и неправилното изговаряне (*бомбон* вм. *бонбон*, *ботилка* вм. *бутилка*, *кремвирш* вм. *кренвирш*, *абсолютно*

вм. *абсолютно*, *инжинер* вм. *инженер*, *освем* вм. *освен* и т.н.) също са недопустими в процеса на ограмотяване и училищно обучение.

Заклучение

Разгледаните социални аспекти на неправилното говорене очертават езиковата употреба и говорно-артикулационното поведение като качества, които подсигуряват – успешното общуване в интеракцията ни с другите, формирането на самооценка, личностната реализация. Осъзнаването на тяхната значимост определя необходимостта от превенция, ранна идентификация и прилагане на специализирани логопедични интервенции. Навременната намеса при деца с говорни нарушения в голяма степен подобрява тяхното когнитивно и социално функциониране. Добрата прогноза на нарушенията в разглежданата област позволява преодоляването им още в предучилищна възраст и намалява риска от провокиране на дефицити в други области на функциониране – личностно, емоционално, поведенческо, училищно, професионално.

Библиография

- Дилова, М.** (2008). *Експериментална психология на себепознанието*. София: Издателство на НБУ.
- Кръстев, Б.** (2005). *Популярна реторика. Най-важното за хубавото говорене*. София: Наука и изкуство.
- Станков, В.** (2002). *Принципи и правила на правописа и пунктуацията в българския език* (гл. ред. В. Станков). София: Хейзъл.
- Хъдсън, Р. Д.** (1995). *Социолингвистика*. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- 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.
- Catts, H.** (1993). The relationship between speech-language impairments and reading disabilities. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 948–958.
- Chambers, J. K., & Trudgill, P.** (1998). *Dialectology*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Gallagher, A., Frith, U., & Snowling, M. J.** (2000). Precursors to literacy delay among children at genetic risk of dyslexia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 202–213.
- Kent, R. D.** (2004). *The MIT encyclopedia of communication disorders*. Cambridge, MA: MIT Press.

Linn, M. D. (1998). *Handbook of dialects and language variation*. New York, NY: Academic Press.

Pennington, B., & Lefly, D. (2001). Early reading development in children at family risk for dyslexia. *Child Development*, 72, 816–833.

Raitano, N., Pennington, B., Tunick, R., Boada, R., & Shriberg, L. (2004). Pre-literacy skills of subgroups of children with speech sound disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 821–835.

Romaine, S. (2000). *Language in society: An introduction to sociolinguistics*. New York, NY: Oxford University Press.

Scarborough, H. (1990). Very early language deficits in dyslexic children. *Child Development*, 61, 1728–1743.

Snowling, M., Bishop, D., & Stothard, S. (2000). Is preschool language impairment a risk factor for dyslexia in adolescence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 587–600.

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.

ПРЕДСТАВЯНЕ НА МОДЕЛ ЗА РОДИТЕЛСТВО ПЕНТАГОН, АДАПТИРАН ЗА БЪЛГАРСКИ УСЛОВИЯ

Катерина Щерева
Софийски Университет „Св. Климент Охридски“
kshtereva@uni-sofia.bg

Резюме: Моделът за родителство Пентагон се базира на пет принципа на позитивно родителско поведение: партньорство, лидерство, любов, независимост и правила. Целта на представеното изследване е да се установят характеристиките на позитивното българско родителство чрез прилагането на Въпросника Пентагон. В изследването, проведено е през месец април 2020 г., участват 172 български родители на деца от 2 до 8 години. На базата на Въпросника Пентагон българските родители са постигнали най-висок резултат по отношение на принципа на Любовта, като този принцип е значително по-висок от останалите. Стойностите на Независимостта са на следващо място, а след това са Спазването на правила, Лидерството и Партньорството. Индексите на надеждност на въпросника за българската извадка са много добри. Моделът Пентагон е полезен подход за насърчаване на родителите към позитивно родителство. Той може да служи като инструмент за обучение на родителите, с цел подобряване на тяхното поведение по пътя на развитието на децата.

Ключови думи: родителски стилове; отношения родител-дете; модел за родителство Пентагон; принципи на позитивно родителство; българското семейство

INTRODUCING THE PENTAGON PARENTING MODEL, ADAPTED FOR BULGARIAN CONDITIONS

Katerina Shtereva
Sofia University “St. Kliment Ohridski”
kshtereva@uni-sofia.bg

Abstract: The Pentagon Parenting Model is based on five principles of positive parenting: partnership, leadership, love, independence, and rules. The purpose of the presented research is to establish the characteristics of positive Bulgarian parenting through the application of the Pentagon Questionnaire. In the study, conducted in April 2020, 172 Bulgarian parents of children aged 2 to 8 participated. Based on the Pentagon Questionnaire, the Bulgarian parents achieved the highest

result regarding the principle of Love, as this principle is significantly higher than the others. The values of Independence are next, followed by Rules, Leadership and Partnership. The reliability indices of the questionnaire for the Bulgarian sample are very good; high internal consistency and correlation of each item with the entire scale is established. The Pentagon Model is emerging as a useful approach for encouraging parents to adopt supportive parenting. It can serve as a tool for teaching parents to improve their behavior along the path of children's development.

Keywords: parenting styles; parent-child relationships; Pentagon Parenting Model; principles of positive parenting; the Bulgarian family

Въведение

Един от най-известните модели на родителство е на Baumrind (1966). Той обсъжда начините, по които родителите подкрепят децата си. Тези изследвания демонстрират, че авторитетният родителски стил, който включва отзивчивостта, контрола и подкрепата на родителите, е най-благоприятен за развитието на децата (Gauvain et al., 2013). Теорията на Baumrind се фокусира върху контрола: родителска взискателност, отнасяща се до степента, в която родителите интегрират децата в семейството чрез изисквания, надзор, усилия и готовност да се изправят срещу предизвикателното поведение на детето. На по-късен етап (Baumrind, 1991, стр. 61) отличава второ измерение чрез фокусиране върху родителската топлина, определяйки я като „степента, в която родителите умишлено възпитават индивидуалност, саморегулиране и самоутвърждаване като подкрепят специфичните нужди и изисквания на децата“.

Други автори (O'Connor & Scott, 2007) представят четири родителски стилове - авторитетен, авторитарен, разрешаващ и пренебрегващ. За разрешителния и авторитетния родителски стилове са характерни родителската топлина и по-занижените изисквания (Hedegaard, 2009). А за авторитарния и пренебрегващия стил са с ниски показатели относно топлината, като авторитарните родители упражняват много по-високи нива на контрол. В този смисъл, авторите подчертават, че авторитетното родителство има принос за положителна социална нагласа и добри училищни прояви от децата, докато авторитарното родителство води до отрицателна настройка и несъгласие (O'Connor & Scott, 2007). Други автори (Eastin et al., 2006) съобщават за доминиране на авторитетният стил, следван от авторитарния, разрешаващия и пренебрегващия стил.

Представяне на Модел за родителство Пентагон

Това е съвременен подход, който разширява идеите на Baumrind (Aram & Sagi, 2019) с акцент на семейната единица. Базира се на пет принципа на позитивно родителско поведение: партньорство, лидерство, любов, независимост и правила.

Партньорството обхваща сътрудничеството и комуникацията между основните ангажирани с грижа за детето и включва поведения, като способност за разрешаването на спорове и сътрудничество в изискванията към детето. Партньорството (напр., степента, в която родителите се консултират помежду си или споделят домакински задължения) се свързва положително с общото им благосъстояние. Родителите, които имат високо ниво на партньорство, проявяват по-голяма отзивчивост към децата си (Dubeau et al., 2013; Lau & Power, 2019).

Лидерството включва съзнателното поставяне на цели и вземането на решения относно семейството. Ценностите и приоритетите на родителите играят важна роля за формирането на възприятие и стимулиране на децата към развиване на способности и изграждане на модели на поведение (Lazarides et al., 2015).

Любовта, споделеното време, съвместната игра, топлият физически контакт, изслушването и насърчаването се отнасят до привързаността на родителите към децата. Според Knafo и Plomin (2006) децата, с родители с високи нива на положителни емоции към тях, показват високи нива на социални умения и съпричастност.

Подкрепата на децата към самостоятелност допринася за развитието на емоционалната им регулация, изпълнителната функция и училищните постижения (Matte-Gagné et al., 2015). Насърчаването на независимостта се отнася до степента, в която родителите насочват децата към изпълняването на подходящи за възрастта задачи (Bindman et al., 2015). Спазването на правилата се отнася до начините, по които родителите създават структурирана рамка от норми и ги прилагат последователно в дома си. Развитието на адаптивно социално и просоциално поведение до голяма степен е положително свързано с последователността в поведението на родителите (Mares et al., 2018). Родителите, които се ръководят от тези пет принципа на Модела за родителство Пентагон, създават условия за доверието и съблюдаването на ред от децата (Aram & Sagi, 2019).

Характеристики на родителството в България

Българското семейство е доста по-консервативно от северно- и западно-европейското семейство. През отделните исторически периоди то преминава през различни трансформации (UNDP Bulgaria, 1995). Важен фактор, който повлиява върху характеристиките на обществото и родителството в съвременното, е социалистическият режим, през който се игнорират християнските ценности, традиционно силни за българина. След това могат да се отбележат две противоречиви тенденции в развитието. От една страна се наблюдава връщане към традиционните ценности, а от друга - бързо адаптиране към новите условия (Luleva, 2016). От друга страна настъпилата икономическа криза се отразява върху обедняването на част от семействата. Според Програмата за развитие на ООН през 1995 г. близо 4/5 от българското население е под социалния минимум, а 2/3 под жизнения минимум (UNDP Bulgaria, 1995). Други свързани обстоятелства са понижаването на общата раждаемост и увеличаване на ражданията в малцинствените, слабообразовани групи, където и проблемите на обедняването стоят с най-голяма острота (NSI, 2014).

В българското общество още от патриархалните периоди има изразен респект към образованието на децата от най-ранна възраст (Penev, R., 2016). Основните ценности на населението са: сигурност, вътрешногрупова хармония, йерархия, дълг, сътрудничество и емоционална зависимост. Отбелязва се, че съвременните български родители са по-склонни да реагират емоционално и що се отнася до отглеждането на децата да избягват несигурността на риска (Hofstede, G. Cultures and Organizations: Software of the Mind, McGraw-Hill, 1997). Редица автори констатират, че преобладават авторитетен и авторитарен родителски стилове, характеризиращи се с висока степен на контрол (Andonova D., 2018, Penev, R., 2016). От друга страна в условията на глобализация в европейското пространство се наблюдава промяна в моделите на възпитание, които използват българските родители, като все повече възпитателни методи са повлияни от западната култура (Penev, R., 2016).

Цел на изследването

В представения анализ се контролира възрастта и пола на децата, броя на децата в семейството и образованието на родителите. Целта на изследването е да се установят характеристиките на позитивното

българско родителство чрез прилагането на Въпросникът за родителство Пентагон.

Методика на изследването

Участници в изследването

Чрез онлайн въпросници в изследването участват 172 родители на деца от 2 до 8 години на средна възраст 5 години (M = 62,08; SD = 27,6). От тях 91 на брой са момчета (52,9 %), а 81 (47,1 %) са момичета. От тях 92 са първородни (53,5 %), а 80 са най-малките в семейството (46,5 %). Повечето посещават държавни детски градини или училища (89 %).

Следните характеристики са свързани с родителите. Майките са на средна възраст 36 години (M = 35,92; SD = 5,02) като от тях 15 участници (8,7 %) са с гимназиално образование, с висше образование бакалавърска степен (22,7 %) и с магистърска и докторска степен (68,6 %). Бащите са на средна възраст 39 години (M = 38,9; SD = 5,5), със следното разпределение по образователна степен: 70 участници (40,7 %) са с гимназиално образование, 31 с бакалавърска степен (18 %) и с магистърска и докторска степен - 71 (41,3 %).

От взелите участие семейства 69 (40,1 %) имат по едно дете, а 103 (59,9 %) имат повече от едно, като с повече от 2 деца са 10 семейства. Семействата, участвали в изследването, живеят в градска среда (M = 162; 94,2 %) и по-малък процент са в селска среда (M = 10; 5,8 %). Повечето родители живеят в брак или съжителство (95,3 %), има и трима самотни родители (1,7 %), а 5 са разведени (2,9 %).

Описание на Въпросника

Въпросникът Пентагон (Aram & Sagi, 2019) се състои от 49 твърдения като честотата на поведението се отчита по скала от (1) Никога до (6) Винаги (при девет твърдения по-високите точки дават по-малко полезно поведение). Въпросникът се позовава на всеки от принципите: Партньорство (12 твърдения), например, „Партньорът ми и аз участваме в събития, свързани с детето ни“; Лидерство (9 твърдения), например „Поведението ми е съответно на целите ми като родител“; Любов (12 твърдения), например, „Обръщам внимание на признаци, че детето ми има нужда от подкрепа“; Независимост (7 твърдения), например, „Уча детето си, че е отговорно за своето поведение“; и Следване на правила (9 твърдения), например, „Уверявам се, че детето ми се държи съответно на ценностите и правилата на семейството“. Ето данните от авторите на въпросника (Aram & Sagi, 2019) относно елементите

на петте принципа: партньорство, лидерство, любов, независимост и правила: $\alpha = .87$, $\alpha = .88$, $\alpha = .91$, $\alpha = .81$ и $\alpha = .78$.

Процедура

Въпросникът беше преведен на български език и представени чрез различни сайтове за социални медии. Попълнен е от общо 172 български семейства през месец април 2020 година. Беше осигурена анонимност относно събраната информация и беше гарантирано, че данните ще се използват само за изследователски цели.

Анализ на данните – статистика

При извършването на статистическата обработка е приложена програмата SPSS 23.

Първо са представени данните от резултатите по Въпросникът за родителство Пентагон за българските родители, а след това са изложени резултатите във връзка с определянето на надеждността на въпросника.

В Таблица 1. е представена описателната статистика, включва се полученият обхват, средните стойности и стандартните отклонения. На базата на Въпросника Пентагон българските родители са постигнали най-висок резултат по отношение на принципа на Любовта като този принцип е значително по-висок от останалите. Стойностите на Независимостта са на следващо място, а след това са Спазването на правила, Лидерството и Партньорството.

Вътрешна съгласуваност на отделните субкатегории и на Въпросника, неговата надеждност (Cronbach α) е представена в Таблица 2. Индексите на надеждност на въпросника за българската извадка са много добри, установява се висока вътрешна консистентност и корелация на всеки айтем с цялата скала (Таблица 2.).

Таблица 1. Описателна статистика: Диапазонът, средните стойности и стандартни отклонения при петте компонента на модела Пентагон.

| Модел Пентагон | България ($n = 172$) | |
|---------------------|------------------------|-------------|
| | Диапазон | $M (SD)$ |
| Партньорство | 1-6 | 4.79 (0.93) |
| Лидерство | 2-6 | 4.96 (0.62) |
| Любов | 3-6 | 5.55 (0.55) |
| Независимост | 2-6 | 5.11 (0.68) |
| Спазване на правила | 3-6 | 4.93 (0.75) |

Забележка: Възможен диапазон: от 1 до 6.

Таблица 2. Надеждност на Въпросника Пентагон – коефициент на Алфа на Кронбах

| Скала-тест | Коефициент Алфа на Кронбах - Cronbach α |
|---------------------|--|
| Партньорство | 0.87 |
| Лидерство | 0.74 |
| Любов | 0.88 |
| Независимост | 0.80 |
| Спазване на правила | 0.77 |

Дискусия

Сред петте основополагащи родителски принципа на Модела Пентагон: партньорство, лидерство, любов, независимост и спазването на правила, българските родители представят най-висок резултат по принципа на любовта. Това включва изразяването на любов към детето чрез прегръдка, съпричастност, споделеност и др. Редица автори също подчертават, че положителните емоции и подкрепа са от съществено значение и родителите са най-значимите възрастни, които постоянно присъстват в ежедневието на децата особено във възрастта от 0 до 8 години.

Във връзка с останалите четири принципа на PPM може да се отбележи следното, свързано с българското родителство. Като втора по важност характеристика се детерминира Независимостта, а останалите три компонента са с по-ниски стойности. Партньорството е с най-нисък резултат. В изследователската литература се коментира, че българските родители в болшинството си трудно насърчават независимостта и определят правила (Andonova D., 2018, Penev, R., 2016). От друга страна, те възприемат своята роля като покровители на децата като се идентифицират с трудностите на децата, помагайки им да ги решат. Те имат гъвкав подход към правилата и често не поставят строги граници за поведението на детето си (Hofstede, G. Cultures and Organizations: Software of the Mind, McGraw-Hill, 1997).

Като обобщение, този резултат най-вероятно е плод на двете противоречиви тенденции в развитието на българското семейство - традиционното спрямо западно ориентираното по-либерално родителство. В преобладаващата си част участниците в изследването живеят предимно в големите градове и са с висока степен на

образование, което от своя страна допринася за по-бързото им адаптиране към новите условия на живот и динамичния социален облик (Luleva, 2016).

Заклучение

Настоящото проучване подкрепя и доразвива предишни изследвания, които показват връзки между аспектите на благоприятното родителство в различни култури (Sagi & Aram, 2019). Прогнозната сила на принципите на РРМ в настоящото проучване е потвърдена и от гледна точка на българското родителство. В този смисъл петте принципа на модела създават рамка за различни култури, в съответствие със специфичните ценности, приоритети и опит на родителите.

Моделът се оформя като полезен подход за насърчване на родителите към благоприятно родителство. Той може да служи като инструмент за обучение на родителите, за да се подобри тяхното поведение по пътя на развитието на децата.

Библиография

- Andonova, D.** (2018). Effective organization of the process of adaptation from the family to the institutional educational environment – A key to the successful socialization of children. *Pedagogy*, 90(7), 993–1000. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=699721>
- Baumrind, D.** (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Baumrind, D.** (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
- Bindman, S. W., Pomerantz, E. M., & Roisman, G. I.** (2015). Do children's executive functions account for associations between early autonomy-supportive parenting and achievement through high school? *Journal of Educational Psychology*, 107(3), 756–771. <https://doi.org/10.1037/edu0000017>
- Dubeau, D., Coutu, S., & Lavigueur, S.** (2013). Links between different measures of mother/father involvement and child social adjustment. *Early Child Development and Care*, 183(6), 791–809. <https://doi.org/10.1080/03004430.2012.723442>
- Eastin, M., Greenberg, B., & Hofschire, L.** (2006). Parenting the Internet. *Journal of Communication*, 56, 486–504. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00297.x>
- Gauvain, M., Perez, S. M., & Beebe, H.** (2013). Authoritative parenting and parental support for children's cognitive development. In R. E. Larzelere, A. Sheffield Morris, & A. W. Harrist (Eds.), *Authoritative parenting: Synthesizing nurturance and discipline for optimal child development* (pp. 211–233). Washington, DC: American Psychological Association.

Hedegaard, M. (2009). Children's development from a cultural-historical approach: Children's activity in everyday local settings as foundation for their development. *Mind, Culture, and Activity*, 16, 64–82. <https://doi.org/10.1080/10749030802477374>

Hofstede, G. (1997). *Cultures and organizations: Software of the mind*. New York, NY: McGraw-Hill. Retrieved from https://e-edu.nbu.bg/pluginfile.php/900222/mod_resource/content/1/G.Hofstede_G.J.Hofstede_M.Minkov%20-%20Cultures%20and%20Organizations%20-%20Software%20of%20the%20Mind%203rd%20edition%202010.pdf

Knafo, A., & Plomin, R. (2006). Parental discipline and affection and children's prosocial behavior: Genetic and environmental links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 147–164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.147>

Lau, E. Y. H., & Power, T. G. (2019). Coparenting, parenting stress, and authoritative parenting among Hong Kong Chinese mothers and fathers. *Parenting*, 20(3), 167–176. <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1694831>

Lazarides, R., Harackiewicz, J. M., Canning, E., Pesu, L., & Viljaranta, J. (2015). The role of parents in students' motivational beliefs and values. In C. M. Rubie-Davies, J. M. Stephens, & P. Watson (Eds.), *The Routledge international handbook of social psychology of the classroom* (pp. 53–66). London: Routledge.

Luleva, A. (2016). Post-socialist gender order in Bulgaria: Between state-socialist legacy and EU gender regulations. In J. Deimel & G. Schubert (Eds.), *Women in the Balkans / Southeastern Europe* (pp. 89–105). Leipzig: Biblion Media.

Mares, M. L., Stephenson, L., Martins, N., & Nathanson, A. I. (2018). A house divided: Parental disparity and conflict over media rules predict children's outcomes. *Computers in Human Behavior*, 81, 177–188. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.12.009>

Matte-Gagné, C., Bernier, A., & Lalonde, G. (2015). Stability in maternal autonomy support and child executive functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2610–2619. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0063-9>

National Statistical Institute. (2014). *Population and demographic processes 2014*. Sofia: NSI. Retrieved from <https://www.nsi.bg/>

O'Connor, T., & Scott, S. (2007). *Parenting and outcomes for children*. York, England: Joseph Rowntree Foundation.

Penev, R. (2016). Family education and interaction “Educational institutions – family” in Bulgaria: Traditions and innovations. In R. Engels-Kritidis, B. Angelov, D. Kostrub, & R. Osađan (Eds.), *Views of contemporary preschool and primary education in Bulgaria and Slovakia* (pp. 355–371). Brno: Paido.

Sagi, L., & Aram, D. (2019). *The Parenting Pentagon Model*. Paper presented at the Annual Meeting of the Israel Association for Couple and Family Therapy, Haifa, Israel.

UNDP Bulgaria. (1995). *Ten things to know about UNDP Bulgaria*. Retrieved from http://www.maxconsult.bg/images/useful/useful_79_bg.pdf

ДЕМИНУТИВИТЕ – ЧАСТ ОТ ЕСТЕСТВЕННОТО РЕЧЕВО ОБЩУВАНЕ МЕЖДУ МАЙКАТА И ДЕТЕТО

*Деница Кръстева, Юлияна Стоянова
Софийски Университет „Св. Климент Охридски“
daasenova@uni-sofia.bg*

Резюме: Настоящото изследване е посветено на употребата на деминутивите като естествен елемент от речевото общуване между майката и детето в ранна възраст. Разглежда се ролята на умалителните форми в детската реч и в т.нар. „бешки регистър“, като се поставя под въпрос широко разпространеното схващане, че употребата на деминутиви оказва негативно влияние върху езиковото развитие на детето. Анализът се основава на данни от българския език и проследява функциите на деминутивите на лексикално, прагматично и комуникативно равнище. Показано е, че деминутивите не само не възпрепятстват езиковото развитие, но изпълняват важни когнитивни и социални функции, като подпомагат изграждането на емоционална връзка, усвояването на езикови категории и развитието на речевата компетентност. Направените наблюдения допринасят за по-доброто разбиране на мястото на деминутивите в естественото речево общуване и в процеса на езиковото развитие на детето.

Ключови думи: деминутиви; умалителни форми; детска реч; езиково развитие; майчино общуване

DIMINUTIVES – PART OF NATURAL VERBAL COMMUNICATION BETWEEN MOTHER AND CHILD

*Denitsa Krasteva, Julijana Stoyanova
Sofia University “St. Kliment Ohridski”
daasenova@uni-sofia.bg*

Abstract: The present study focuses on the use of diminutives as an integral part of natural verbal communication between mother and child in early language development. It addresses and critically examines the widely spread belief that diminutives have a negative impact on children’s language acquisition, a view that persists both in public discourse and in certain academic contexts. Drawing on data from Bulgarian, the paper analyzes the functions of diminutives within the so-called baby talk register, emphasizing their lexical, pragmatic, and communicative roles. The analysis demonstrates that diminutives serve not only as expressive

linguistic forms but also as important tools for facilitating emotional bonding, supporting cognitive development, and structuring early linguistic input. Special attention is paid to the frequency and functional diversity of diminutive forms in mother–child interaction across different stages of early childhood. The findings suggest that diminutives contribute positively to the development of linguistic competence and should be regarded as a natural and functional element of early verbal communication rather than as an obstacle to language development.

Keywords: diminutives; language development; mother–child communication; baby talk; child-directed speech

Въведение

Деминутивите, или още умалителните думи в езика, са част от естественото речево общуване между майката и детето. Но те са елемент от комплексно явление, наречено реч на възрастните към децата (РВД). Заедно с конкретните особености на речта на възрастните към децата (на майката към детето) е нужно да се обсъди едно много разпространено убеждение в нашето общество: че на децата може и трябва да се говори „като на възрастни“. Това убеждение има за основа две погрешни твърдения. Първо, че когато възрастните говорят с други възрастни, използват винаги едни и същи езикови средства. До тази заблуда хората стигат, защото вярват, че щом има само една езикова норма – кодифициран български книжовен език, този език се използва винаги по един и същи начин: и когато изнасяме доклад пред научна общност, и когато сме на кафе с приятел(к)и. Всъщност всеки възрастен използва множество т. нар. регистри и речта на възрастните към децата е само един от тези регистри. Близко до понятието за регистър е познатото от стилистиката понятие за „функционален стил“: разговорен, официално-делови, научен, публицистичен, художествен (Бояджиев 2011: 276–291; Стоянова 2021: 207). Превключването от един регистър към друг става автоматично, интуитивно, така че човек не си дава сметка за това. Разликите между езиковите средства, използвани в непринуден разговор и в официална комуникация, обхващат различни езикови равнища: речниково (*акъл – ум; манджа – ядене* и т.н.); фразеологично (*не му пука – не се интересува*); синтактично (съюзи: *дето – която*; словоред и дублиране: *на Петър баща му – бащата на Петър*), фонетико-фонологично (*тряя – трябва*) и т.н. Разговорната реч е много по-толерантна към различни иновации, например към употребата на нестандартни думи и изрази, наречени оказионализми

(*гърбосложих се = полегнах*). Някои от тях се използват преднамерено, с цел да се постигне по-голяма изразителност, по-висока експресия на изказа, докато други се създават случайно – просто защото говорещият не е в състояние да си спомни стандартното езиково средство (Стоянова 2006: 100–110; Стоянова 2021: 207-208).

Второто погрешно твърдение, подхранващо заблудата, че на децата трябва да се говори „като на възрастни“, е свързано с игнорирането на детското езиково развитие. В общуването с деца не е възможно да се използват едни и същи езикови средства през първата, през третата и през петата година от раждането им, тъй като детската когнитивна, езикова и комуникативна компетентност се променя непрекъснато. За да постигнат ефективна комуникация с деца на различна възраст, възрастните или конкретно майката, като най-близка до детето, трябва да се съобразяват с тези промени. В процеса на общуване с децата възрастните доставят входни езикови данни. От тях децата извличат информация, която анализират, съхраняват в дълговременната си памет, структурират я и така изграждат своите временни езикови системи, които им позволяват да разбират и да продуцират изказвания според степента на езиковото си развитие. Този тип входни езикови данни е прието да се наричат „позитивни данни“. Един от най-важните теоретични въпроси на психолингвистиката обаче е – дали и доколко децата получават също така негативни данни, т.е. систематична обратна връзка, която да им помогне да коригират онези езикови единици и структури, при които допускат грешки? Първоначалните анализи на диалози между възрастни и деца от 60-те и 70-те години показват, че децата до 3 години не получават експлицитни, явни корекции, когато произнесат граматически неправилните изказвания (Brown 1973: 412; Стоянова 2021: 208). Изводът, който се налага по това време, е, че възрастните реагират по-скоро на истинността на детските изказвания, а не на езиковата им форма. Редица изследвания от 70-те години до наши дни обаче показват, противно на първоначалните заключения, че в общуването между възрастни и деца негативни данни под формата на обратна връзка се срещат достатъчно често. Наистина в ранните стадии на детското развитие (докъм 2;0–2;6-годишната възраст на децата) обратната връзка няма характер на директни корекции и метаезикови коментари, тъй като децата не биха могли да ги разберат. Възрастните обаче дават на децата ясни сигнали, че дадено изказване се отклонява от стандартното. Изследванията на общуването между

възрастни и деца хвърлят светлина не само върху съотношението между позитивни и негативни данни. Тези изследвания се опитват да открият определени стилове на общуване и езикови характеристики на речта на възрастните към децата, които може да имат ефект върху овладяването на езика, като подпомагат детското езиково развитие (Snow 1977; Shatz, Gelman 1977; Cross 1977; Hoff-Ginsberg, Shatz 1982; Del Rio, Galván, Grácia 2001; Stoyanova 2005; Стоянова 2005; 2006: 110–127; 2011б; Стоянова 2021 и т.н.).

Общуването с децата, особено езиковото (вербалното), е от изключителен интерес за редица съвременни области на познанието. Различните изследователски подходи са свързани и с разлики в терминологията, която се използва за описанието на това общуване. Когато се разглежда в психолингвистичен план, специфичната реч, отправяна от възрастните към децата, в англоезичната терминология най-често се назовава като Child-directed Speech (в буквален превод - реч, отправена към децата). Този термин е придобил такава популярност, че се използва и като съкращение – CDS. В социолингвистиката тази реч се разглежда като вид регистър и се описва с термина „baby talk“. За българските психолингвистични изследвания е подходящ терминът реч на възрастните към децата (РВД), който отговаря на англоезичния Child-directed Speech (CDS) (Стоянова 2006: 50; 2011б; Стоянова 2021 и др.). Този термин насочва към спецификата на комуникацията и подсказва, че съществува разлика между речта, насочена към деца, и речта, отправена към други възрастни.

Най-важната функция на речта в общуването между възрастни и деца от гледна точка на психолингвистиката е да доставя входни данни за овладяването на езика. Входните езикови данни имат съществено значение за овладяването на езика от децата, когато са съобразени с особеностите на комуникативната ситуация на общуването с деца. Това е процес, в който детето е активно и допринася за общуването толкова, колкото и възрастният.

И тук се стига именно до понятието „регистър“, което споменахме по-горе. Зависимостта на общуването от спецификата на комуникативната ситуация се разглежда от социолингвистиката като особен вид регистър. Или регистърът представлява вариация на езика според употребата му в определена комуникативна ситуация. В своите статии, когато формулира понятието „baby talk“, американският психолингвист Чарлс Фъргюсън казва, че „всяко речево общество притежава един или

повече регистри, подходящи за употреба с хора, които по една или друга причина като че ли не разбират нормалната реч на възрастните по обичайния начин“. За тези регистри авторът въвежда термина „опростени“. Към тези опростени регистри, освен бейби ток (терминът, чрез който определя речта на възрастните към децата), той причислява и още няколко, сред които например „foreigner talk“ – говор, отправен към чужденци, които не владеят в достатъчна степен езика на дадената (национална или етническа) група. В този смисъл: Децата до 3-годишна възраст се отглеждат обикновено в семейството, така че отношенията между детето и лицето, което се грижи за него (най-често майката), може да се опишат като отношения на максимална близост. Комуникацията между възрастния и детето, което е некомпетентно в когнитивен, комуникативен и езиков аспект, е асиметрична и в психолингвистиката се определя като педагогическа игра. Детската некомпетентност обаче непрекъснато се променя – децата се развиват познавателно, комуникативно и езиково. За да бъде успешна комуникацията между майката и детето, промяната в компетенцията на детето трябва да води и до промяна в речта на майката, която тя отправя към него в различните стадии от развитието му. От голямо значение е фактът, че майката дава една непрекъсната обратна връзка, без която входните езикови данни, които децата получават от обкръжението си, не могат да изпълняват достатъчно ефективно основната си функция – обучаващата. Обучаващата функция се осъществява интуитивно и несъзнавано от възрастния, в самия процес на общуването с детето, като с напредването на възрастта на детето и нарастването на неговата комуникативна, когнитивна и езикова компетентност се увеличават възможностите на възрастния да осъществява обучаващата функция все по-съзнателно и целенасочено. Това обаче не е възможно преди 2;6–3;0-годишна възраст. Функция, свързана с изразяването на емоция, е така наречената афективна функция. Появата на дете в семейството обикновено носи много положителни емоции, а майката (или друго лице, което го отглежда) дава израз на тези емоции в процеса на общуване с него. Положителната емоция се отразява например в ритмо-мелодичния контур на изказванията, отправени към детето, както и в избора на специални думи, които в българското езиковознание се наричат *умалително-гальовни* или деминутиви. По време на общуването възрастният съвсем естествено създава приятна атмосфера без напрежение, в която детето усеща нежно внимание,

грижа и приемане на неговите грешки и пропуски. Това създава желание у детето да участва в комуникацията даже когато езиковите и комуникативните средства, с които разполага, са твърде ограничени. Важен момент е този, свързан с адаптирането (акомодацията) или така наречената адаптивна функция на речта на възрастния към нивото на компетентия у детето с цел да се постигне взаимно разбиране и съответно успешен процес на общуване (Стоянова 2006: 57; Стоянова 2021: 206 и 207; Алексова 2000 и др.).

Особеностите на речта на възрастните към децата са както *универсални, така и езиково специфични*. Универсалните характеристики се реализират независимо от езика, на който протича общуването, като най-значимите характеристики на речта на възрастните към децата се отнасят до следните аспекти на общуването и езиковата структура: *тематика, ритмо-мелодични контури, темп и паузи; граматическа структура и речник*. Деминутивите или умалителните думи, които се разискват в настоящия текст, са част от състава на речника. И въпреки това понятието реч на възрастните към децата е колкото единно, толкова и сложно по своята специфика, състоящо се от няколко особености. Поради това няма как да се обърне внимание само на един единствен компонент от неговата цялостна структура. *Темите* в ранните стадии от овладяването на езика са много тясно обвързани с конкретната ситуация, в която протича комуникацията, и се отнасят преди всичко към събитията „тук“ и „сега“. Когато възрастните говорят за нещо, което се случва в момента на разговора и може да бъде видяно, чуто и проследено, децата съпоставят случващото се с неговия езиков израз и анализират смислово звуковата последователност. По този начин се създава връзката между входните езикови данни и т. нар. паралелна информация, обвързана с контекста и ситуацията на дадено изказване. *Ритмо-мелодичните контури, темп и паузи* на отправената към малките деца реч са един от основните начини за привличане на вниманието при общуване. Речта се отличава с повишени тонални височини (на децата се говори с „по-тънък“ глас), с по-широко вариране на тоналния спектър и преувеличено изтъкване, подчертаване на казаното. Така децата разбират даже само по мелодиката на звуковата последователност, че репликата е отправена към тях, а това привлича вниманието им. Още през 70-те години в изследвания на темпа на речта при общуване с деца, овладяващи английски език, се установява, че възрастните говорят с деца на 2;0 години около 2 пъти по-бавно,

отколкото с други възрастни. Забавянето става не за сметка на по-протяжното произношение на отделните думи, а поради добавянето на паузи: почти всички изказвания, отправени към деца на 2 години, завършват с пауза; за сравнение – изказванията към деца между 4 и 6 години завършват с пауза в 75%, а тези към възрастните – само в 25% (Clark, Clark 1977: 326; Стоянова 2021: 210). Приема се, че паузите в края на всяко изречение подпомагат разбирането в ранните стадии от развитието на децата. Особеностите на *граматическата структура* при общуването между възрастни и деца се свързват с промени в синтактичната структура и морфологията. Изреченията, адресирани към малките деца, са по-кратки, с по-проста синтактична структура, напр. средната дължина на изреченията, отправени към 2-годишни деца (овладяващи английски език), е около 3–4 думи. За сравнение изреченията към възрастни имат средна дължина около 8 думи. С деца между 2 и 3 години възрастните използват повтарящи се синтактични модели, които подчертават началото и края на изречението (вж. примерите и обясненията у Clark, Clark 1977: 326–327; Стоянова 2021: 210). При общуването с малки деца морфологичните вариации са по-ограничени, например глаголите в началото са предимно в сегашно време; определителният член в английски може да се изпусне и т.н., (вж. Ferguson 1977; Стоянова 2021: 210). Когато децата започват да показват по-добро разбиране, възрастните съответно интуитивно усложняват граматическите форми и структури на своите изказвания и увеличават дължината на изреченията, с които си служат. *Характеристиките на речника*, на думите, които възрастните подбират в общуването с малки деца, според Р. Браун (Brown 1958; Стоянова 2021: 211) отразяват спецификата на детския свят – това са думи, които назовават най-достъпните и практически най-необходимите за детето понятия. Възрастните интуитивно решават например, че за дете на 1;6 – 2;0 и дакелът на съседа, и немската овчарка в парка е по-добре да бъдат наречени просто куче, докато за плодовете е важно да се въвеждат поотделно (ябълка, череша, портокал), а не с общото им понятие плод. По същия начин различните животни първоначално се назовават с видовите им имена: крава, овца, заек, и едва по-късно се стига до родовото понятие животно. Според Браун критерият на интуитивен подбор отразява „нивото на използваемост“ – възрастните преценяват коя дума е по-вероятно да бъде използвана от децата в собствените им изказвания. В езици като българския (както и в останалите славянски

езици; някои романски езици, балтийските и др.) възрастните използват в общуването с деца множество думи с повишена експресия – *умалителни думи (деминутиви)*, както и специални форми на собствените и на някои нарицателни съществителни имена, наречени хипокористични (като Ваньо, Ванко, Дидо, Тони, Мими и т.н., мърльо, мързеланко, сърдитко и т.н.). Тези думи отразяват емоционално-експресивната страна на общуването с деца. Българските умалителни обаче изпълняват и важна обучаваща функция.

Езиково специфичните особености на речта на възрастните при общуването с овладяващи български език деца в ранните стадии от развитието им (до 3-годишна възраст) се отнасят до следните езикови елементи *свръхгенерализация на третото лице, повишена употреба на звукоподражателните междуметия, функцията на т.нар. перфектоид, функции на умалителните думи (деминутиви)*.

Свръхгенерализирането на третото лице е феномен, свързан с овладяването на персоналния (личния) дейксис в езиковото развитие, и заема особено място в речта на възрастните към децата. В тази реч функцията на личните и притежателните местоимения и на глаголните форми за лице е специфично нарушена: формите за първото и второто лице, единствено число, отнасящи се съответно към комуникативните роли на говорителя и адресата, се заменят със съществително собствено или нарицателно име, по-рядко с третолично местоимение, съчетано с глаголна форма в трето лице, единствено число. Това са реплики от типа на ***Кико какво си има? Какво е на Кико това?; Какво са му на Кико това?***

Употребата на трето лице вместо първо и второ се дължи според Фър-гюсън на процеса на опростяване. Това опростяване обаче изпълнява важна функция в процеса на овладяване: свръхгенерализацията на третото лице позволява при общуването между възрастни и деца да се избегне взаимозаменяемата употреба на формите, назоваващи говорещия и адресата, която определено затруднява децата до средата на третата година. Като се абстрахират от сложната взаимна обратимост на първото и второто лице, децата имат възможност да се концентрират върху морфосинтактичната структура на езика, а прагматичния проблем на комуникативните роли да отложат за по-късно. В общуването си с децата възрастните не си служат систематично със свръхгенерализирано трето лице. Наред с третоличните форми, възрастните използват и второлични за назоваване на адресата, както и

първолични за самоназоваване. Подобно избягване на местоименията за първо и второ лице се отбелязва и за редица други езици: английски, френски, полски, японски.

Звукоподражателните междуметия (ономатопеи) са част от най-ранния речник на децата – те често се появяват още преди края на първата година. Тяхната повишена употреба е свързана с една от важните им специфики, а именно че те се появяват в отговор на употребата на такива форми в речта на възрастните към децата, включително когато се назовават действия, пр. ам-ам, нани-на и др. Причините за тази ранна поява са три. Първо, звукоподражателните междуметия са прости в артикулационно отношение и затова лесни за произнасяне. По своята звукова структура голяма част от тях са близки до звуковете последователности от периода на лепета: състоят се от една (*му; бе; га*) или две отворени срички, често повторени (*га-га; па-па; пи-пи*); затворените срички са по-редки (*бум; пуф-паф; тик-так*). Второ, звукоподражателните междуметия са неизменяеми думи. Трето, те са полифункционални: могат да се съотнасят както с обекти, така и с действия. (за подробности виж: Стоянова 2021: 213-215).

Перфектоидите могат да се разглеждат като резултат от процеса на *опростяване*: извеждат се от формите на перфекта (минало неопределено време) с изпускане на спомагателния глагол *съм* в трето лице единствено и множествено число. Когато се използват в речта на възрастните към децата, перфектоидите добавят към значението на перфекта семантичния маркер [+положителна емоция] и също така удивление от нещо неочаквано. Ето защо могат да бъдат определени като своеобразна „реакция на неподготвеното съзнание“. По какъв начин употребата на перфектоид подпомага детското езиково развитие? Перфектоидът в речта на възрастните предлага на децата глаголни форми, които съдържат минало свършено деятелно причастие (пр. *паднала, направила*). Това причастие участва в образуването на четири от общо деветте глаголни времена и в повечето форми за преизказване. Като използват в продължение на няколко месеца перфектоид за назоваване на минали действия (в повечето случаи с резултативен характер), децата се подготвят за овладяването на двете сложни глаголни времена, които се появяват до 3-годишна възраст: минало неопределено време (перфект) и минало предварително време (плусквамперфект – в речта на ранните говорители). (за подр. виж. Стоянова 2021: 216).

Функции на умалителните думи (деминутиви) за езиковото развитие на децата

Българският език, заедно с останалите славянски и редица неславянски езици (напр. испански, италиански, гръцки и т.н.), притежава добре развита система от умалителни думи, които се използват както във всекидневната комуникация, така и в художествената литература. В общуването между възрастни и деца (майка и дете) тези думи намират особено голямо приложение. Деминутивите (умалителните думи) в българския език се образуват с помощта на множество умалителни наставки, които се добавят към основите на неумалителни думи. Изобилието от словообразователни модели позволява от основата на една и съща неумалителна дума да се образува повече от едно умалително съответствие, напр. *крак* – *краче* – *краченце*; *сестра* – *сестрица* – *сестричка* и т.н. Наставки за умалителност може да се добавят не само към съществителни, но и към представители на други лексико-граматически класове: числителни (*едно* – *едничко*; *две* – *двечки*; *три* – *трички*); прилагателни (*малък* – *мъничък*; *висок* – *височък*; *добър* – *добричък* и т.н.), наречия (*бързо* – *бързичко*; *лесно* – *лесничко* и т.н.), глаголи (*спя* – *спинкам*; *гуша* – *гушкам*; *играя* – *играйка* и пр.). Семантиката на деминутивните съществителни включва два основни компонента, които в българската граматическа традиция се описват като „умалителност“ и „гальовност“. Това прави връзката със специалния регистър, който майката използва в обръщение към детето си, както и с адаптивната и най-вече афективната функция на речта на възрастните към децата, на майката към детето.

Някои умалителни наставки, добавени към основи на съществителни имена, предизвикват промяна на родовата принадлежност на образуваната умалителна дума. Такива са -е, -ч(е), -ич(е), -л(е) и суфиксалните комплекси -енц(е), -ченц(е), -иченц(е), -ленц(е), например: *крак* (мъжки род) – *краче* / *краченце* (среден род); *мъж* (мъжки род) – *мъжле* / *мъжленце* (среден род); *жаба* (женски род) – *жабче* / *жабченце* (женски род); *книга* (женски род) – *книжле* / *книжленце* (среден род) и т.н.

Според Дан Слобин ранната поява на умалителни в различни езици може да отразява стремежа на децата „да експериментират с думите“ (Slobin 1973; Стоянова 2021: 217).

Функциите на умалителността в речта на възрастните към децата привличат вниманието на психолингвистите едва след 2000 г. Търси се

отговор на въпроса, защо тези думи, които имат по-сложна структура, се употребяват с повишена честота в общуването между възрастни и деца, въпреки общия стремеж към опростяване в речта на възрастните към децата?

В поредица изследвания върху употребата на умалителни съществителни в речта на възрастните към децата (Stoyanova 2005; 2016; Стоянова 2006: 110–128; 2014в; 2017) Стоянова проверява съществуващите в литературата по психолингвистика хипотези относно функцията на умалителните в различни езици (напр. Gillis 1997; Taelman, Gillis 2000; Kempe, Brooks, Gillis 2005 за холандски; Kempe, Brooks, Gillis 2007 за руски и т.н.). Според най-популярната хипотеза умалителните в речта на възрастните към децата улесняват сегментирането на звуковия поток във входните езикови данни, като подпомагат откриването на границите между думите поради увеличаването на броя на инвариантните (еднакви или близки по своя звуков състав) окончания. За българските данни тази хипотеза се проверява от гледна точка на това дали и доколко продукцията на деминутиви в общуването между възрастни и български деца стимулира овладяването на българската фонологична структура (от гледна точка на нейния сегментен състав, наличието на консонантни клъстери – съчетания от съгласни, на морфонологични редувания) в ранните стадии от детското езиково развитие. Също така се разглежда и предполагаемата роля на деминутивите да подпомагат усвояването на словообразователни модели. За целта се изследва и сравнява съотношението между употребата на умалителни към неумалителни думи в продукцията на възрастни при общуване с четири български деца на възраст между 2;0 и 2;6. Установява се, че:

Първо, в звуковия състав на умалителните се съдържат три до четири пъти повече африкати (преградно-проходни съгласни) /ч/ и /ц/, отколкото в неумалителните съществителни (това се дължи на наставките за умалителност, срвн. напр. неумалителното съществително *крак* с умалителните *краче* и *краченце*). Значително по-високата честота на /ч/ и /ц/ в умалителните насочва към функцията им да стимулират овладяването на тези трудни за децата съгласни.

Второ, в преобладаващата част от случаите образуването на умалителните е придружено с добавяне на средисловен клъстер (струпуване на съгласни в средата на думата), напр. *чаша* – *чашка*; *кола* – *количка*; *нос* – *носле*. Процентът на съществителните, които при добавяне на

умалителна наставка получават клъстер, е най-често над 90% и не спада под 85%. За сравнение – неумалителните съществителни, продуцирани от възрастните в разговорите с изследваните деца, имат в състава си клъстери около два-три пъти по-рядко. Освен това значителен брой от умалителните, като резултат от добавянето на умалителната наставка, имат в структурата си по два клъстера (напр. *нос* – *носленце*; *куб* – *кубченце*; *крак* – *краченце*). Следователно може да се приеме, че една от функциите на деминутивите е да стимулира овладяването на средисловните клъстери чрез увеличаване на тяхната честота във входните езикови данни.

Трето, според анализирания примери от българската извадка словообразователни модели с морфонологични редувания (редувания на съгласни или гласни в основата на изходната спрямо производната дума, напр. редуване **е: й** в *заек* – *зайко*, *зайче*; редуване **к: ч** в *камък* – *камъче*; **ц: ч** в *лъжица* – *лъжичка* и т.н.) се отбелязват само при образуването на умалителните, но не и при неумалителните съществителни. Тези резултати насочват към функцията на умалителните в речта на възрастните към децата, които трябва да предложат образци на словообразуване на съществителни, придружени с морфонологични редувания, тъй като подобни образци очевидно се срещат доста по-рядко в словообразователната структура на неумалителните съществителни.

Четвърто, ако се изключат умалителните, в речта на възрастните към децата остават незначителен брой производни съществителни (производни са думите, които се състоят от повече от един словообразователен елемент, напр. корен и наставка или представка; умалителните съществителни са винаги производни, тъй като съдържат умалителна наставка, напр. *нос-ле*, *крач-енце*, докато неумалителните съответствия на тези думи са непроизводни: *нос*, *крак*). Употребата на умалителни увеличава процента на производните съществителни повече от двойно. Следователно към функциите на умалителните в речта на възрастните към децата трябва да причислим и „въвеждане“ в словообразователната структура на съществителните. Това твърдение е още по-убедително в светлината на факта, че значим дял от производните в групата на неумалителните се пада на съществителни, образувани с наставки, омонимни на умалителните: наставка **-ка** с различна семантика и дистрибуция; наставка **-(и)че**, наставка **-(н)ица**, наставка **-ец**; наставка **-це**.

Ако се сравни продукцията на умалителни в изказванията на децата стази у възрастните, се установява сходство и в количествено отношение, и от гледна точка на употребените словообразователни модели (Стоянова 2005). Нещо повече – установява се ранно овладяване от българските деца точно на онези езикови особености, за които се предполага, че се стимулират чрез употребата на умалителни в речта на възрастните към децата: преградно-проходните (африкативните) съгласни /ч/ и /ц/, средисловните клъстери и морфонологичните редувания, при това също в умалителни думи (Стоянова 2011а: 238–248).

Следователно може с основание да се приеме, че високата честота на умалителни в речта на възрастните, на майката при общуване с български деца в периода на ранната езикова онтогенеза, изпълнява улесняваща и стимулираща функция при овладяването на фонологичната, словообразователната и морфологичната структура на българския език.

Заклучение

Когато описваме дълбоката връзка между майката и детето, е твърде възможно да изпадне в излишна патетика на своето изказване. Ролята на деминутивите за детското езиково развитие е разискван въпрос в областта на психолингвистиката на развитието. Доказано е тяхното благоприятстващо влияние за овладяването на езика. Но въпреки всички известни и по-малко известни изследвания в тази област, като че ли не се достига до „развенчаване на мита“ за това, че на децата трябва да се „говори като на възрастни“, да им се поднася някаква форма на очистен от позицията на нормалните, естествени човешки чувства и интуиция език. Ето защо основна идея на настоящия доклад беше да напомни тази тема, като отново постави под въпрос убеждението, че възрастните от най-близкото обкръжение на децата (майките) могат и трябва да изградят у себе си автоцензура, свързана с речта и начина, по който общуват със своите деца. Целта ни беше, привеждайки данни от изследвания както конкретни за българския език, така и чужди, да потвърдим несъстоятелността на това схващане. Каква е връзката с логопедията? Логопедът в позицията на личността, специалистът, занимаващ се с терапията на речева патология, трябва да знае, че е напълно свободен да адаптира езика по всички възможни начини, с оглед на това да успее да го развие в неговата пълнота. Освен това в случаите на езикова патология, първична или вторична,

се опитваме да изградим езика, следвайки неговите естествени етапи. Това включва и повишената употреба на деминутиви, ако езиковата адаптация в дадения случай го изисква, както и всички останали възможни средства, произтичащи от достатъчно доброто познание на процеса на овладяването на езика при децата.

Библиография

- Алексова, Кр.** (2000). *Езикът и семейството*. София: Интервю прес.
- Бояджиев, Т.** (2011). *Българска лексикология*. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- Стоянова, Ю.** (2005). Функции на деминутивите в общуването между възрастни и деца. В: *Litera scripta manet. Юбилеен сборник по случай 65-годишнината на проф. Василка Радева* (стр. 804–820). София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- Стоянова, Ю.** (2006). *Психолингвистични изследвания*. София: Веда Словена – ЖГ.
- Стоянова, Ю.** (2011а). *Ранно езиково развитие. От първите звукови последователности до многословни изказвания*. София: ЛЦ „Ромел“.
- Стоянова, Ю.** (2011б). Общуване с деца: митове и реалност. В: *Ранно детско развитие. Доклади от Националната конференция с международно участие*, организирана от Терапевтичен и обучителен център „Пумпелина“ и център „Съвременни родители*“ (стр. 3–17). София: Спийднет БГ ООД.
- Стоянова, Ю.** (2014в). Деминутиви в общуването между възрастни и деца: стимулиране на ранното фонологично развитие. В: *Езикът – наука и практика. Юбилеен сборник по повод 65-годишнината на проф. Мария Грозева-Минкова* (стр. 239–258). София: НБУ.
- Стоянова, Ю.** (2017). Деминутиви в онтогенезата: взаимодействие между езикови равнища. В: *Надмощие и приспособяване. Сборник доклади от Международната научна конференция на Факултета по славянски филологии, 24–25 април 2017 г.* (Т. 2, стр. 27–34). София: Факултет по славянски филологии, СУ „Св. Климент Охридски“. ISBN 978-619-7433-08-1. Електронна версия: <http://digilib.nalis.bg/xmlui/handle/nls/28690>
- Стоянова, Ю.** (2021). *Проблеми на психолингвистиката. Уводен курс по обща психолингвистика и психолингвистика на развитието*. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- Brown, R.** (1958). *Words and things*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Brown, R.** (1973). *A first language: The early stages*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Clark, H. H., & Clark, E. V.** (1977). *Psychology and language: An introduction to psycholinguistics*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich.

Cross, T. G. (1977). Mothers' speech adjustments: The contribution of selected child listener variables. In C. Snow & C. A. Ferguson (Eds.), *Talking to children: Language input and acquisition* (pp. 151–188). Cambridge: Cambridge University Press.

Del Rio, M. J., Galván, M. J., & Grácia, M. (2001). Contrasting interaction that specifically promotes communication and language development with early social and affective interaction. In M. Almgren, A. Barreña, M.-J. Ezeizabarrena, I. Idiazabal, & B. MacWhinney (Eds.), *Research on child language acquisition. Proceedings of the 8th Conference of the International Association for the Study of Child Language* (pp. 375–386). Somerville, MA.

Ferguson, Ch. A. (1977). Baby talk as a simplified register. In C. Snow & C. A. Ferguson (Eds.), *Talking to children: Language input and acquisition* (pp. 219–236). Cambridge: Cambridge University Press.

Gillis, S. (1997). The acquisition of diminutives in Dutch. In W. U. Dressler (Ed.), *Studies in the pre- and protomorphology* (pp. 164–179). Vienna: Österreichische Akademie der Wissenschaften.

Hoff-Ginsberg, E., & Shatz, M. (1982). Linguistic input and the child's acquisition of language. *Psychological Bulletin*, 92, 3–26.

Kempe, V., Brooks, P. J., & Gillis, S. (2005). Diminutives in child-directed speech supplement metric with distributional word segmentation cues. *Psychonomic Bulletin & Review*, 12, 145–151.

Kempe, V., Brooks, P. J., & Gillis, S. (2007). Diminutives provide multiple benefits for language acquisition. In I. Savickiene & W. Dressler (Eds.), *The acquisition of diminutives: A cross-linguistic perspective* (pp. 319–349). Amsterdam: John Benjamins.

Slobin, D. I. (1973). Cognitive prerequisites for the development of grammar. In C. A. Ferguson & D. I. Slobin (Eds.), *Studies of child language development* (pp. 175–208). New York, NY: Holt, Rinehart & Winston.

Shatz, M., & Gelman, R. (1977). Beyond syntax: The influence of conversational constraints on speech modification. In C. Snow & Ch. A. Ferguson (Eds.), *Talking to children: Language input and acquisition* (pp. 189–198). Cambridge: Cambridge University Press.

Snow, C. E. (1977). Mother's speech research: From input to interaction. In C. Snow & C. A. Ferguson (Eds.), *Talking to children: Language input and acquisition* (pp. 31–50). Cambridge: Cambridge University Press.

Stoyanova, J. (2005). Diminutives in the early adult-child communication: Do they promote language development? In B. Bokus (Ed.), *Studies in the psychology of child language. In honor of Grace Wales Shugar* (pp. 85–101). Warszawa: Matrix.

Stoyanova, J. (2016). Diminutives, clusters and prosodic models in Bulgarian adult-child interaction. In H. Kyuchukov (Ed.), *New trends in the psychology of language. LINCOS Studies in Language Acquisition and Bilingualism* (Vol. 02, pp. 5–30). München: LINCOS.

Taelman, H., & Gillis, S. (2000). *Gebruiken kinderen abstracte prosodische representaties? Een analyse van truncaties in het Maarten-corpus. Antwerp Papers in Linguistics*, 99. Antwerp: Universitaire Instelling Antwerpen.

МЕЖДУЕЗИКОВО СРАВНЕНИЕ НА РЕЧТА НА БЪЛГАРСКИ И АМЕРИКАНСКИ РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА С РАЗСТРОЙСТВА ОТ АУТИСТИЧЕН СПЕКТЪР: ЗАДАВАНЕ НА ВЪПРОСИ

Михаела Барокова
Нов български университет

Резюме: Богата литература разглежда кои характеристики на речта на родителите се свързват с езиковото развитие на децата както с типично развитие, така и с разстройства от аутистичен спектър (РАС) (напр. Anderson et al., 2021; Hoff & Naigles, 2002; Huttenlocher et al., 1991; Rowe, 2012; Snow, 1977; Swanson, 2020). Граматическата сложност, лексикалното разнообразие и задаването на въпроси са сред основните характеристики в речта на родителите, които са свързани с броя думи, използвани от децата (Bang & Nadig, 2015; Fusaroli et al., 2019; Goodwin et al., 2015; Rowe, 2012; Rowe et al., 2017), което ги превръща в подходящи цели за терапии и интервенции. Предишните изследвания са фокусирани основно върху англоезични участници и обикновено включват малки извадки (между 15 и 25 участници). Настоящото изследване има за цел да сравни речта на български и американски родители на деца с аутизъм, като се фокусира върху употребата на въпроси, и да провери дали тази употреба е свързана с речта на децата. Събрани са езикови извадки (видеозаписи) на родители, докато играят с децата си с аутизъм. В изследването са включени 37 американски и 37 български диади родител–дете. Българските деца (7 момичета; 30 момчета) са на възраст от 2;7 до 9;10, а американските (7 момичета; 30 момчета) – от 1;8 до 4;9. Децата в двете групи са със сходен речников запас, измерен чрез броя различни думи, използвани в минута по време на езиковата извадка. Извадките са транскрибирани и кодирани спрямо броя и типа въпроси, които родителите задават на децата (Wh-въпроси и други въпроси). Резултатите показват, че 18,51% от всички изкази на българските родители са въпроси, докато при американските родители този процент е 36,33%. Процентното разпределение на Wh-въпросите от всички зададени въпроси не се различава значимо между двете групи (38,95% при българските родители и 37,21% при американските родители). Процентът въпроси, задавани от родителите и в двете групи, има силна положителна корелация с броя различни думи, използвани от детето по време на езиковата извадка ($r(69)=0,627$, $p < 0,001$). Резултатите показват, че българските родители задават значително по-малко въпроси на децата си с аутизъм в сравнение с американските родители.

Въпреки това и при двете групи количеството въпроси в речта на родителите е силно свързано с речниковия запас на децата. Съществуващите интервенции за родители на деца с типично развитие, които насърчават задаването на въпроси, следва да бъдат адаптирани и за български родители на деца с аутизъм.

Ключови думи: разстройства от аутистичен спектър; родителска реч; задаване на въпроси; Wh-въпроси; езиково развитие

A CROSS-LINGUISTIC COMPARISON OF BULGARIAN AND AMERICAN PARENTS' SPEECH TO CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER: QUESTION USE

*Michaela Barokova
New Bulgarian University*

Abstract: A substantial body of research has examined which characteristics of parental speech are associated with children's language development in both typically developing children and children with Autism Spectrum Disorder (ASD) (e.g., Anderson et al., 2021; Hoff & Naigles, 2002; Huttenlocher et al., 1991; Rowe, 2012; Snow, 1977; Swanson, 2020). Grammatical complexity, lexical diversity, and question use are among the key characteristics of parental input that have been linked to the number of words children produce (Bang & Nadig, 2015; Fusaroli et al., 2019; Goodwin et al., 2015; Rowe, 2012; Rowe et al., 2017), making them important targets for intervention. Previous research has focused primarily on English-speaking participants and has typically involved small sample sizes (between 15 and 25 participants).

The present study aims to compare the speech of Bulgarian and American parents of children with autism, with a particular focus on their use of questions, and to examine whether parental question use is associated with children's language. Language samples (video recordings) were collected while parents played with their children with autism. The sample included 37 Bulgarian and 37 American parent-child dyads. The Bulgarian children (7 girls, 30 boys) ranged in age from 2;7 to 9;10, and the American children (7 girls, 30 boys) from 1;8 to 4;9. Children in the two groups had comparable vocabulary levels, measured as the number of different words produced per minute during the language sample. The samples were transcribed and coded for the number and type of questions parents asked their children (Wh-questions and other questions).

The results showed that 18.51% of all utterances produced by Bulgarian parents were questions, compared to 36.33% for American parents. The proportion of Wh-

questions out of all questions did not differ significantly between the two groups (38.95% for Bulgarian parents and 37.21% for American parents). The proportion of questions produced by parents in both groups was strongly positively correlated with the number of different words produced by the child during the language sample ($r(69)=0.627$, $p < 0.001$).

Overall, the findings indicate that Bulgarian parents ask significantly fewer questions during play with their children with autism compared to American parents. Nevertheless, in both groups, the amount of parental question use was strongly associated with children's vocabulary. Existing parent-focused interventions that promote question use in typically developing children should be adapted for Bulgarian parents of children with autism.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; parental speech; question use; Wh-questions; language development

Въведение

Разстройствата от аутистичен спектър (РАС) включват разстройства, които засягат развитието на детето и по-конкретно различното развитие на нервната му система (American Psychiatric Association, 2013). РАС се характеризират с поведенчески симптоми, които трябва да са се проявили през първите 2 до 3 години от живота на детето. По последни епидемиологични данни аутизмът се среща при 1 на всеки 44 деца (Maenner et al., 2021).

Поведенческите симптоми на РАС се разделят в три основни области: социални взаимоотношения, комуникация и рестриктивни и стереотипни модели на поведение (American Psychiatric Association, 2013). В сферата на социалните взаимоотношения влизат затруднения в провеждането на разговор, вземането и изчакването на ред, както и следването на темата на разговора. В сферата на комуникацията се наблюдават по-късно проговаряне, затруднения с конкретни граматични структури, неправилна употреба на лични местоимения, измисляне на думи (неологизми), думи, които се появяват бавно и могат да изчезнат, думи, които се използват извън контекст, цели фрази и изречения, които се появяват изненадващо, ехололия или повтаряне както на току-що чуто, така и на фрази от песни, стихотворения и филми. Също така при РАС са характерни затруднения в прагматиката – буквално възприемане на речта, неадекватно следване на темата, както и липса на контрол върху тона, силата и темпото на гласа (Tager-Flusberg et al., 2009).

Съществува богата литература по темата за езиковите и комуникативните

затруднения при децата с РАС, но повечето изследвания са провеждани с англоезични участници (Tager-Flusberg et al., 2009). Например дори най-често описваното езиково затруднение при аутизма – неправилната употреба на лични местоимения (включено и в първото писмено описание на това разстройство на развитието от Лео Каннер през 1946 г.) – е най-добре документирано на английски език (напр. Luyster & Lord, 2009; Kanner, 1946; Rutter, 1979; Tager-Flusberg et al., 2005). Много ограничени са изследванията на този феномен при други езици, в които системата от лични местоимения е напълно различна. В какво би се изразявало объркването на „аз“ и „ти“ в българския език, при който граматичният род, число и лице се изразяват чрез спрежението на глаголите, което прави употребата на лични местоимения в различни езикови ситуации пожелателна (напр. *Искам вода* вместо *Аз искам вода*)? Също така какво би се случило с клитиките в българския език (ми, си, ти) при объркването на личните местоимения от български деца с РАС? По същата логика следва да се изследват и множество други езикови затруднения при децата с РАС в контекста на българския език, като се вземат предвид неговите морфологични и синтактични особености.

Защо бихме се фокусирали конкретно върху езиковите умения и комуникацията на децата с РАС, вместо върху техните социални взаимоотношения или рестриктивни и стереотипни модели на поведение? Изследванията показват, че един от най-силните предиктори на качеството на живот и дългосрочното функциониране при РАС е именно развитието и употребата на експресивната реч (Friedman et al., 2019; Howlin et al., 2004; Venter et al., 1992). Развитието на речта и броят думи, които децата с РАС използват на 4-годишна възраст, са силно свързани с качеството им на живот като възрастни и дори с броя приятели, които имат.

Имайки предвид предиктивната сила на устната реч при децата с аутизъм, тя се превръща в основна цел на множество терапии и интервенции (напр. Tager-Flusberg & Kasari, 2013). Терапиите и интервенциите с най-силна научно обоснована подкрепа често са натуралистични и се провеждат от родителите на детето (напр. Schreibman et al., 2015). Родителите, като хората, които прекарват най-много време с децата си и познават най-добре техните интереси и начини на комуникация, имат уникалната възможност да прилагат терапевтични стратегии в ежедневието, което позволява значително

по-честа и естествена подкрепа в сравнение с времето, което детето прекарва в терапия със специалист.

Речта на родителите

Съществува богата литература, посветена на ролята на речта на родителите в езиковото развитие на децата с типично развитие и на децата с разстройства от аутистичен спектър (напр. Hoff & Naigles, 2002; Huttenlocher et al., 1991; Rowe, 2012; Snow, 1977; Swanson, 2020). По-конкретно, изследванията показват, че речта на родителите е свързана с езиковите умения на децата както към момента на изследването, така и с техните умения години по-късно. Идентифицирани са конкретни характеристики на родителската реч, които имат най-силна асоциация с речта на децата (Rowe & Snow, 2020).

Например броят думи, които използват родителите, е свързан с броя думи, които използват децата (Warren et al., 2010). Колкото повече думи използва родителят, толкова повече думи използва и детето му. Също така, колкото по-разнообразен е експресивният речник на родителя, толкова по-разнообразен е експресивният речник на детето (Swensen, 2007). Специално внимание се отделя и на граматическата сложност на речта на родителите, както и на прагматичните функции на конкретните изкази, които те използват (Venuti et al., 2012; Wolchik, 1983).

Детайлни изследвания са провеждани и по темата за задаването на въпроси от страна на родителите (Goodwin et al., 2015). Защо въпросите са важни? От една страна, те предполагат реакция от страна на детето и участие в комуникативната ситуация – очаква се детето да отговори. При съобщителните изречения (напр. *Камиончето е синьо*), възклицанията (напр. *Браво! Чудесно се справяш!*) и заповедните форми (напр. *Ела. Виж!*), от детето не се изисква задължително да реагира с думи или жестове. От друга страна, когато родителят задава въпроси, те дават възможност на детето да взема решения (напр. *Синята или червената количка искаш?*), да преоткрива нови аспекти от средата (напр. *Колко е висока кулата от кубчетата?*) и да говори за неща, които не са част от непосредствената среда (напр. *Коя е любимата ти книга?*), които са се случили в миналото (напр. *Какво прави в детската градина днес?*) или които са абстрактни (напр. *Колко е голям океанът?*).

Изследвания с англоговорящи деца показват, че по-честата употреба на въпроси от родителите, и по-специално на Wh-въпроси (what,

where, when, who, why и how), е свързана с по-богат и по-разнообразен речников запас при децата (Goodwin et al., 2015; Swensen, 2007).

Използвайки резултатите от тези и подобни изследвания, са разработени различни интервенции, които целят да обучат родителите на кои аспекти от комуникацията си да наблягат, за да подпомогнат развитието на речта и комуникацията на децата си (напр. Rowe et al., 2021). Например една интервенция се фокусира върху това да обясни на родителите значението на задаването на въпроси в ежедневно общуване с детето. Резултатите показват, че след обучението се наблюдава промяна в речта на родителите, като те използват повече въпроси в сравнение с периода преди интервенцията. Този тип интервенции и обучения все още са в начален етап на развитие, но показват обещаващи резултати.

Ако целта е създаването на таргетирани интервенции конкретно за български родители на деца с типично развитие или на деца с проблеми в развитието, като аутизъм, първата необходима стъпка е да се изследва и охарактеризира речта на българските родители по време на взаимодействие с децата им. С оглед на лингвистичните и културните различия между българските родители и родителите от Северна Америка и Западна Европа, които най-често са включени в описаните по-горе изследвания, е необходимо първо да се установят специфичните характеристики на родителската реч в българския контекст. Това представлява основа за последващо разработване на обучения и интервенции, съобразени с езика, културата и комуникативната среда на българските деца и техните родители.

Методи за изследване на родителската и детската реч

Най-широко разпространеният метод за изучаване на речта на родителите и на децата им е събирането на езикови извадки. Те представляват запис (видео и/или аудио) на разговор или конкретно взаимодействие между детето и родителя, който впоследствие се транскрибира дума по дума и се кодира в зависимост от целите на изследването. Езиковите извадки имат редица предимства, които следва да бъдат отбелязани.

Езиковите извадки са сравнително лесни за събиране и могат да варират по мястото на събиране (в дома на детето, в детската градина или в лаборатория), по контекста (свободна игра, четене на книжка, извършване на конкретна дейност) и по събеседника (родител, учител,

психолог или връстник) в зависимост от целите на изследването. В зависимост от контекста и събеседника могат да се променят и комуникативните изисквания към детето. Например при свободна игра с родителя социалните и когнитивните изисквания към детето са най-ниски. За сравнение, когато контекстът е разказване на история с психолог или изследовател, от детето се изисква да проследява историята, след това да я възпроизведе по памет и/или по картинки и да го направи в отговор на въпросите на непознат възрастен.

Езиковите извадки позволяват едновременното изследване на комуникацията както на детето, така и на неговия събеседник или родител. Това е от особено значение, тъй като комуникацията е двустранен процес и е важно да се анализира речта и на двамата участници във взаимодействието.

Цел на изследването

Настоящото изследване има две основни цели:

Цел №1: Да сравни речта на български и американски родители на деца с аутизъм, като се фокусира върху употребата им на въпроси.

Цел №2: Да разгледа дали употребата на въпроси от родителите е предиктор на езиковите умения на децата.

Метод на изследването

Участници: В изследването се включиха две групи родители: родители на български деца с аутизъм и родители на американски деца с аутизъм. По-конкретно участваха 37 български и 37 американски диади родител–дете. И в двете групи имаше по 30 момчета и 7 момичета с диагноза аутизъм. Българските деца бяха на възраст между 2;7 и 9;10, а американските – между 1;8 и 4;9.

Всички включени деца имаха потвърдена диагноза аутизъм или разстройство от аутистичния спектър. Въпреки разликите във възрастта на децата, двете групи имаха сходен речников запас, тъй като речта на родителите следва повече езиковото ниво на детето, отколкото неговата хронологична възраст (Fusaroli et al., 2019; Nadig & Bang, 2016). Децата в двете групи не се различаваха по среден брой различни думи в минута по време на езиковата извадка (български деца: $M = 2,83$, $SD = 3,30$; американски деца: $M = 3,06$, $SD = 3,37$; Mann–Whitney $U = 0,701$, $p = 0,858$).

Процедура: Всички аспекти на настоящото изследване получиха одобрение от етична комисия преди започването на събирането на данни.

Потвърждаване на диагнозата аутизъм: Диагнозата аутизъм на всички деца, включени в изследването, беше потвърдена чрез прилагането на *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. ADOS е полу-структуриран инструмент за оценка на аутистичните симптоми. Различни версии (модули) на инструмента се прилагат в зависимост от възрастта и езиковото развитие на детето.

Езикова извадка: И от двете групи диади беше събрана езикова извадка. На родителя и детето бяха предоставени комплекти играчки, подходящи за възрастта и развитието на детето, с инструкции да играят така, както биха играли в домашна среда. Езиковите извадки бяха събирани в изследователска лаборатория или в центрове за социални услуги. Извадките бяха записани на видео, което впоследствие беше транскрибирано дума по дума. Само първите 10 минути от всяка езикова извадка бяха включени в анализа.

Мерки на речта: От транскрибираните езикови извадки бяха извлечени конкретни мерки на речта на родителите. Мерките за количеството на речта включваха брой изкази в минута и брой думи в минута (Fusaroli et al., 2019; Hart & Risley, 1995; Rowe, 2012). Мерките за видовете изкази включваха процент съобщителни изкази, въпросителни изкази и възклицания от общия брой изкази, както и процент Wh-въпроси от всички зададени въпроси (Goodwin et al., 2015; Haebig et al., 2013a, 2013b).

Резултати

Цел №1: Да сравни речта на български и американски родители на деца с аутизъм като се фокусира върху употребата им на въпроси

Средно българските родители са използвали 19,9 изказа в минута (SD = 6,22), а американските родители – 16,26 изказа в минута (SD = 4,96), като тази разлика не е статистически значима. Българските и американските родители също не се различават по броя думи в минута, използвани по време на езиковата извадка (български родители: M = 53,88, SD = 20,49; американски родители: M = 59,49, SD = 23,49).

Процентното разпределение на видовете изкази от общия брой изкази показва, че средно 71,92% от всички изкази на българските родители са съобщителни, в сравнение с 61,86% при американските родители.

Средно 18,51% от изказите на българските родители са въпроси, което е почти два пъти по-малко в сравнение с процента при американските родители (36,33%). Възклицанията представляват 9,57% от всички изкази на българските родители, в сравнение с 1,8% от всички изкази на американските родители. Разликите във видовете изкази между двете групи родители са статистически значими.

Процентното разпределение на Wh-въпросите от всички зададени въпроси не се различава значимо между двете групи – средно 38,95% от всички въпроси на българските родители и 37,21% от всички въпроси на американските родители.

Цел №2: Да разгледа дали употребата на въпроси от родителите е предиктор на езиковите умения на децата

Процентът въпроси, задавани от родителите и в двете групи, има силна положителна корелация с броя различни думи, които детето използва по време на езиковата извадка ($r(69)=0,627$, $p < 0,001$). Колкото повече въпроси задават родителите по време на играта, толкова повече различни думи използват децата им.

Заклучение

Настоящото изследване имаше за цел да сравни речта на български и американски родители на деца с аутизъм с фокус върху употребата на въпроси и да разгледа кои характеристики на родителската реч са свързани с езиковите умения на децата. Резултатите показаха, че не съществуват значими разлики между българските и американските родители по отношение на количеството на речта им по време на езиковата извадка. Този резултат не е изненадващ, тъй като предишни изследвания показват, че родителите адаптират начина, по който говорят с децата си, спрямо езиковото ниво на детето, а не спрямо неговата хронологична възраст, като децата в двете групи не се различаваха по брой различни думи в минута.

За сметка на това бяха открити съществени разлики във видовете изкази, използвани от родителите в двете групи. Българските родители използваха по-често съобщителни изкази и възклицания, докато американските родители задаваха значително повече въпроси по време на играта. Тази разлика е от значение, тъй като съобщителните изкази и възклицанията предполагат по-пасивно участие от страна на децата в комуникативната ситуация и не изискват задължително

вербален отговор. За разлика от тях въпросите предполагат активно участие на детето, проследяване на разговора и отклик на отправеното запитване.

В съответствие с предишни изследвания настоящото проучване установи силна положителна връзка между количеството въпроси, които родителите задават по време на играта, и броя различни думи, използвани от децата. Тази връзка се наблюдава както при българските, така и при американските диади родител–дете. Резултатите подчертават значението на въпросите като характеристика на родителската реч, свързана с езиковото развитие на децата с аутизъм.

Установените разлики между българските и американските родители показват, че резултатите от изследвания, проведени с англоезични участници, не могат автоматично да бъдат пренасяни в българския контекст. Необходимо е систематично изследване на характеристиките на речта на българските деца с аутизъм и на техните родители, преди да се правят обобщения и да се подбират подходящи интервенции. Това е особено важно при разработването и прилагането на родителски интервенции, насочени към социалните и комуникативните умения на децата, които са тясно свързани с езика, културата и конкретния социален контекст.

Библиография

Anderson, N. J., Graham, S. A., Prime, H., Jenkins, J. M., & Madigan, S. (2021). Linking quality and quantity of parental linguistic input to child language skills: A meta-analysis. *Child Development, 92*, 484–501.

Bang, J., & Nadig, A. (2015). Learning language in autism: Maternal linguistic input contributes to later vocabulary. *Autism Research, 8*, 214–223.

Friedman, L., Sterling, A., DaWalt, L. S., & Mailick, M. R. (2019). Conversational language is a predictor of vocational independence and friendships in adults with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*(10), 4294–4305.

Fusaroli, R., Weed, E., Fein, D., & Naigles, L. (2019). Hearing me hearing you: Reciprocal effects between child and parent language in autism and typical development. *Cognition, 183*, 1–18.

Goodwin, A., Fein, D., & Naigles, L. R. (2015). The role of maternal input in the development of wh-question comprehension in autism and typical development. *Journal of Child Language, 42*, 32–63.

Haebig, E., McDuffie, A., & Weismer, S. E. (2013a). Brief report: Parent verbal responsiveness and language development in toddlers on the autism spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*, 2218–2227.

Haebig, E., McDuffie, A., & Weismer, S. E. (2013b). The contribution of two categories of parent verbal responsiveness to later language for toddlers and preschoolers on the autism spectrum. *American Journal of Speech-Language Pathology, 22*, 57–70.

Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Company.

Hoff, E., & Naigles, L. R. (2002). How children use input to acquire a lexicon. *Child Development, 73*, 418–433.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(2), 212–229.

Huttenlocher, J., Haight, W., Bryk, A., Seltzer, M., & Lyons, T. (1991). Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology, 27*, 236–248.

Kanner, L. I. (1946). Irrelevant and metaphorical language in early infantile autism. *American Journal of Psychiatry, 103*, 242–246.

Luyster, R., & Lord, C. (2009). Word learning in children with autism spectrum disorders. *Developmental Psychology, 45*(6), 1774–1786.

Maenner, M. J., Shaw, K. A., Bakian, A. V., et al. (2021). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2018. *MMWR Surveillance Summaries, 70*(SS-11), 1–16.

Nadig, A., & Bang, J. (2016). Parental input to children with ASD and its influence on later language. In L. R. Naigles (Ed.), *Innovative investigations of language in autism spectrum disorder* (pp. 89–114). Berlin: Walter de Gruyter.

Rowe, M. L. (2012). A longitudinal investigation of the role of quantity and quality of child-directed speech in vocabulary development. *Child Development, 83*, 1762–1774.

Rowe, M. L., & Snow, C. E. (2020). Analyzing input quality along three dimensions: Interactive, linguistic, and conceptual. *Journal of Child Language, 47*(1), 5–21.

Rowe, M., Turco, R. G., & Blatt, J. H. (2021). Can interactive apps promote parent–child conversations? *Journal of Applied Developmental Psychology, 76*, 101326.

Rutter, M. (1979). Language disorder and infantile autism. In M. Rutter & S. Schopler (Eds.), *Autism* (pp. 10–85). New York: Plenum Press.

Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A., Landa, C., Rogers, R., McGee, S., Kasari, C., Ingersoll, B., Kaiser, A. P., Bruinsma, Y., McNerney, E., Wetherby, A., & Halladay, P. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*(8), 2411–2428.

Snow, C. E. (1977). The development of conversation between mothers and babies. *Journal of Child Language, 4*, 1–22.

НАГЛАСИ И ОСВЕДОМНОСТ ЗА СВЪРЗАНИТЕ ФАКТОРИ НА ДЕТСКОТО РАЗВИТИЕ И АСИСТИРАНИТЕ РЕПРОДУКТИВНИ ТЕХНИКИ

Светлана Картунова
Югозападен Университет „Неофит Рилски“
sv.kartunova@swu.bg

Миглена Симонска
Югозападен Университет „Неофит Рилски“
miglena_simonska@swu.bg

Петя Андреева
Югозападен Университет „Неофит Рилски“
petya.andreeva@swu.bg

Резюме:

Цел: Научните методи и технологиите, прилагани в асистиранията репродукция (АРТ), и техният бърз темп на развитие, все още не успяват да преодолеят обществените нагласи, свързани с колебания за тяхната безопасност за детското развитие. Продължава да има морални и социални тенденции, които внушават предубеждения към методите на АРТ по отношение на здравето на децата, родени след АРТ. Анализът на публикации с научна стойност дава информация със статистическа доказателствена стойност за свързаните фактори и рискове, които имат отношение към превенцията на детското здраве.

Методология: Организирана се търсене в научни бази данни и библиотеки с публикации на изследвания с ключови думи, свързани с асистиранията репродуктивни техники и детското развитие. Селектираха се научни трудове, статии и изследвания, които бяха разделени по тематика и актуалност.

Резултати: Установяват се разлики в изследванията през последните десет години в сравнение с по-старите такива, които се изразяват в детайлността на целите на изследванията. Резултатите оборват хипотезата, че методите на АРТ може да са причина за вродени заболявания, генетични аномалии или неврологични увреди. Забелязва се нова насока на проучванията, която дава тласък на анализирането на епигенетични изменения, вариации на родителския стил на комуникация и психо-емоционалната дисрегулация в детското развитие.

Заключение: Налице са достатъчно научни проучвания, които да дадат информация за реалните рискове при прилагане методите на асистиранията репродукция. Данните от публикациите на учените от Европа, Северна и Южна

Swanson, M. R. (2020). The role of caregiver speech in supporting language development in infants and toddlers with autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 32(4), 1–10.

Swensen, L. D. (2007). *Exploring the effects of maternal input on the language of children with autism* (Doctoral dissertation). University of Connecticut.

Tager-Flusberg, H., & Kasari, C. (2013). Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum. *Autism Research*, 6(6), 468–478.

Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. J. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (Vol. 1, pp. 335–364). New York: Wiley.

Tager-Flusberg, H., Rogers, S., Cooper, J., Landa, R., Lord, C., Paul, R., et al. (2009). Defining spoken language benchmarks and selecting measures of expressive language development for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(3), 643–652.

Venter, A., Lord, C., & Schopler, E. (1992). A follow-up study of high-functioning autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(3), 489–507.

Venuti, P., de Falco, S., Esposito, G., Zaninelli, M., & Bornstein, M. H. (2012). Maternal functional speech to children: A comparison of autism spectrum disorder, Down syndrome, and typical development. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 506–517.

Warren, S. F., Gilkerson, J., Richards, J. A., Oller, D. K., Xu, D., Yapanel, U., & Gray, S. (2010). What automated vocal analysis reveals about the vocal production and language learning environment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 555–569.

Wolchik, S. A. (1983). Language patterns of parents of young autistic and normal children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 167–180.

Америка представят широкомащабни изследвания, в които не се установява ясна доказателствена връзка между АРТ и последващи увреждания или заболяване при децата.

Ключови думи: асистирана репродукция, рискови фактори, ранно развитие

ATTITUDES AND AWARENESS OF THE ASSOCIATED FACTORS OF CHILD DEVELOPMENT AND ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES

Svetlana Kartunova-Tomova
South-West University "Neofit Rilski"
sv.kartunova@swu.bg

Miglena Simonska
South-West University "Neofit Rilski"
miglena_simonska@swu.bg

Petya Andreeva
South-West University "Neofit Rilski"
petya.andreeva@swu.bg

Abstract:

Objective: The scientific methods and technologies applied in assisted reproduction (ART), and their rapid pace of development still fail to overcome public attitudes related to doubts about their safety for child development. There continue to be moral and social trends that prejudice ART methods with regard to the health of children born after ART. The review of publications of scientific value provides information with statistical evidentiary value on the associated factors and risks that are relevant to the prevention of child health.

Methodology: Scientific databases and libraries were searched with research publications using key words related to assisted reproductive techniques and child development. Scientific works, articles and studies were selected, which were classified by topic and relevance.

Results: Differences are found in research in the last ten years compared to older ones, which are expressed in the detail of research objectives. The results refute the hypothesis that ART methods may be the cause of congenital diseases, genetic abnormalities or neurological damage. A new trend of research is being noticed, which directs to the analysis of epigenetic changes, variations of the parental communication style and psycho-emotional dysregulation in child development.

Conclusion: There are enough scientific studies to provide information about the real risks when applying assisted reproduction methods. Data from the European,

North and South American scientists' publications present large-scale studies that do not establish a clear evidence-based link between ART and subsequent disability or disease in children.

Keywords: assisted reproduction, risk factors, early development

Въведение

Развитието на асистираните репродуктивни техники (АРТ) през последните десетилетия представлява едно от най-значимите постижения в съвременната медицина и биотехнологии. Макар че прилагането на ин витро оплождане, интрацитоплазмено инжектиране на сперматозоид (ICSI), криоконсервация и други методи е довело до раждането на милиони деца по света, в общественото пространство все още съществуват колебания относно безопасността на тези процедури и потенциалното им въздействие върху детското развитие (Ombelet & Van Robays, 2015).

Етични, правни и социални тенденции

Възприемането на АРТ винаги е било съпътствано от етични, правни и религиозни дилеми. Католическата църква в документа *Donum Vitae* (1987) отхвърля намесите, които „заместват брачния акт“, докато ислямските фетви от 1980–1984 г. в Кайро и Мека позволяват АРТ при брачни двойки, приемайки ги като форма на лечение (Petrushko et al., 2021).

С времето етичният дебат се измества от въпроса „дали“ АРТ е морално допустима към въпроса „при какви условия“ – особено във връзка с донорството, сурогатството и предимплантационните генетични изследвания (Kovacs, 2020). Организации като **ESHRE** и **WHO Expert Committee on Biological Standardization** въвеждат стандарти за безопасност, биоетика и защита на човешките права (WHO, 2021).

Социалните тенденции показват, че в общества с по-висока осведоменост и държавна подкрепа нагласите към АРТ са по-позитивни (Ombelet & Van Robays, 2015). В страни с ограничена информация и медийни стереотипи се наблюдава по-силна стигматизация. В България проучванията на Madjarova (2018) и Бонева (2015) показват, че макар обществената информираност да нараства, темата остава обвързана с традиционни ценностни модели за родителство и „естествено зачеване“.

Въпреки убедителните медицински доказателства, според които повечето деца, родени чрез АРТ, не показват значими различия в

здравното и психомоторното си развитие спрямо децата, заченати по естествен път, нагласите на обществото и родителите остават повлияни от морални, културни и етични фактори (Madjarova, 2018). Понятието „изкуствено зачеване“ често се възприема с негативна конотация, което допринася за социалната стигматизация и емоционалното напрежение сред семействата, избрали този път към родителството (Бонева, 2015). От друга страна, научните публикации от последните две десетилетия свидетелстват за разширяване на перспективата в изследванията – от оценка на биомедицинските рискове към анализ на **епигенетични, психосоциални и поведенчески фактори**, които влияят върху развитието на децата, родени след АРТ (Savelyeva et al., 2021). Именно това налага по-задълбочено изследване на обществените нагласи и осведомеността относно реалните и възприеманите рискове, свързани с АРТ.

Цел и задачи на изследването

Целта на настоящото изследване е да анализира съвременните научни публикации, отразяващи нагласите и осведомеността по отношение на факторите, свързани с детското развитие след асистирани репродуктивни техники.

Задачите на изследването включват:

1. Идентифициране на основните тематични направления в научните публикации за периода 2000–2022 г.;
2. Анализ на промените в научния и социалния дискурс относно безопасността на АРТ за детето;
3. Извеждане на тенденции в новите изследователски направления – епигенетика, родителско взаимодействие и психо-емоционална регулация;
4. Съпоставка между обществените нагласи и научно доказаните резултати.

Методология

За целите на изследването е извършен систематичен преглед на научната литература чрез търсене в бази данни като **PubMed**, **Scopus** и **ScienceDirect**, както и в национални библиотеки и университетски архиви. Използвани са ключови думи: *assisted reproductive techniques*, *ART*, *child development*, *risk factors*, *epigenetic*, *parental attitudes*, *psychosocial outcomes*, както и български еквиваленти.

В анализа са включени **61 публикации** с емпиричен или обзорен характер, публикувани между **2000 и 2022 г.** Основните критерии за подбор са: наличие на извадка от деца, родени чрез АРТ; проследяване на развитие или здравни показатели; анализ на родителски или обществени нагласи. Публикации без емпирична валидност, с неясен дизайн или моралистичен подход са изключени от анализа.

Резултати и обсъждане

Исторически контекст и технологична еволюция

Пътят на асистирания репродукция започва още през XVIII век с първите експерименти по изкуствено оплождане (Petrushko et al., 2021). Истинският пробив настъпва през 1978 г., когато в Манчестър се ражда първото дете след ин витро оплождане – Луиз Браун. Това поставя началото на нова ера в репродуктивната медицина, белязана от бурно развитие на биотехнологиите.

През 1992 г. въвеждането на техниката **интрацитоплазмено инжектиране на сперматозоид (ICSI)** революционизира лечението на мъжкото безплодие (Hart & Norman, 2019). Последващите десетилетия въвеждат **криоконсервацията** на ембриони и гамети, както и **предимплантационната генетична диагностика (PGT)**, които повишават успеваемостта и безопасността на процедурите. До началото на 2020-те години над 3% от всички деца в Европа са родени след АРТ (WHO, 2021).

В България първите успешни опити за ин витро оплождане са от 1988 г., а от началото на XXI век методите са достъпни в рамките на публичното здравеопазване. Този исторически контекст е ключов за разбиране на обществените нагласи – **научната иновация изпреварва културната адаптация**, което често поражда противоречиви обществени реакции.

Промяна в научната перспектива

Докато изследванията от края на 90-те години поставяха акцент основно върху медицинските рискове – като преждевременно раждане, ниско тегло и вродени аномалии – след 2010 г. се наблюдава отчетлив завой към **мултидисциплинарен подход**, който включва и **психологически и епигенетични фактори** (Savelyeva et al., 2021). Новите изследвания показват, че различията в развитието на децата след АРТ се дължат предимно на **социално-екологични фактори**, а не на самата технология на зачеване.

Ombeliet & Van Robays (2015) отбелязват, че в страни с по-добра социална информираност и подкрепящи политики липсват съществени различия между децата, заченати чрез АРТ, и тези, заченати по естествен път. Това подчертава ролята на **психосоциалния контекст и родителските нагласи** като медиатор на детското развитие.

Епигенетични и биологични фактори

Множество публикации изследват възможни епигенетични промени вследствие на лабораторните условия при зачеване. Въпреки че при някои АРТ-процедури се наблюдават леки промени в експресията на определени гени, липсват доказателства за трайни патологични ефекти (Cai et al., 2020; Hart & Norman, 2019). Напротив, изследванията посочват, че **постнаталните условия** – като качеството на взаимодействие между родител и дете, емоционалната регулация и сензорното стимулиране – имат по-силно значение за неврологичното развитие.

Родителски нагласи и психо-емоционална регулация

Родителите, преминали през АРТ, често проявяват **по-високи нива на тревожност и свръхпротекция**, особено в ранните етапи на отглеждане (Golombok et al., 2013). Това обаче не води непременно до негативни резултати, а понякога дори стимулира по-интензивна комуникация и емоционална ангажираност. Изследванията през последното десетилетие насочват вниманието към **дисрегулацията на стреса и емоциите при децата**, като възможна последица от родителската свръхчувствителност, а не от метода на зачеване (Messerlian et al., 2018).

Обществени нагласи и морални дилеми

В България и в редица европейски страни обществените нагласи остават разнопосочни. Madjarova (2018) и Бонева (2015) подчертават, че социалната информираност за АРТ е ограничена, а терминологията в медиите често е неточна, което поддържа предразсъдъци относно „изкуственото“ начало на живота. В същото време, съвременните изследвания в областта на биоетиката насочват към **нормализация и хуманизация на възприятието за АРТ**, поставяйки акцент върху правото на родителство и достъпа до медицински технологии (Kovacs, 2020).

Тенденции в научните изследвания след 2015 г.

Публикациите от последните години разширяват фокуса към

невроразвитието, ранната комуникация и езиковото развитие на децата, родени след АРТ (Savelyeva et al., 2021; Weng et al., 2020). Няма убедителни доказателства за по-висока честота на езикови, когнитивни или емоционални нарушения. Въпреки това, изследователите препоръчват **дългосрочно проследяване** и по-задълбочен анализ на взаимодействието между биологичните и психосоциалните фактори.

Заклучение

Резултатите от анализа ясно показват, че **методите на асистирана репродукция не увеличават риска от когнитивни, неврологични или езикови нарушения** при децата. Обществените страхове се дължат предимно на морални и културни фактори, които се променят по-бавно от темповете на научния прогрес.

Вместо технологията, **качеството на родителската връзка, нивото на емоционална регулация и социалната подкрепа** се открояват като реални предиктори на детското развитие. Необходим е интегриран подход, който да съчетае медицинските, психологическите и социалните аспекти на репродуктивното здраве, както и да повиши обществената осведоменост чрез образование и отворен диалог.

Така АРТ може да бъде разбрана не като изкуствена намеса в природата, а като **естествено продължение на човешкото желание за родителство**, подкрепено от науката и етиката. Само по този начин обществото може да постигне балансирана и научно обоснована оценка на асистираните репродуктивни технологии – не като заплаха, а като **възможност за създаване на живот и човешка свързаност**.

Библиография

- Бонева, М. (2015). Приложение на асистираните репродуктивни технологии в България – правни и етични аспекти. *Сборник Русенски университет*, 8(3), 151–155.
- Cai, L., et al. (2020). Epigenetic modifications and ART: A systematic review. *Frontiers in Genetics*, 11, 924.
- Golombok, S., et al. (2013). Parenting and the psychological development of children conceived by assisted reproduction. *Human Reproduction*, 28(2), 408–417.
- Hart, R., & Norman, R. J. (2019). The longer-term health outcomes for children born as a result of IVF treatment. *Reproductive Biomedicine Online*, 38(2), 217–229.
- Kovacs, G. (2020). Ethical perspectives on assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine & Society Online*, 11, 62–70.

- Madjarova, A.** (2018). Асистираните репродуктивни технологии – социални аспекти и репродуктивно поведение. Автореферат. БАН.
- Messerlian, C., et al.** (2018). Parental stress and child emotional regulation in ART-conceived children. *Fertility and Sterility*, 110(5), 901–909.
- Ombelet, W., & Van Robays, J.** (2015). Artificial insemination history: Hurdles and milestones. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 7(2), 137–143.
- Petrushko, M., Piniiev, V., & Yurchuk, T.** (2021). The history of assisted reproductive technologies: From prohibition to recognition. *History of Science and Technology*, 11(2), 1–14.
- Rönö, K., et al.** (2021). Neurodevelopmental morbidity in children born after ART: A Nordic register study. *Human Reproduction*, 36(Suppl. 1).
- Savelyeva, G. M., et al.** (2021). Assisted reproductive technologies and perinatal outcomes: Evidence-based review. *Obstetrics and Gynecology International Journal*, 12(4), 220–227.
- Weng, S., et al.** (2020). Developmental and behavioral outcomes of children born after ART: A systematic review. *Journal of Pediatrics*, 225, 64–72.
- World Health Organization.** (2021). *WHO Expert Committee on Biological Standardization: Report of the seventy-second and seventy-third meetings*. Geneva: World Health Organization.

ТИПИЧНИ ФОНОЛОГИЧНИ ПРОЦЕСИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Цветомира Бойчева
Югозападен Университет „Неофит Рилски“

Миглена Симонска
Югозападен Университет „Неофит Рилски“
miglena_simonska@swu.bg

Резюме: Настоящата публикация анализира типичните фонологични процеси в експресивната реч на деца в предучилищна възраст. Изследването има за цел да установи най-често срещаните фонологични грешки и тяхната честота в различни речеви задачи. Проучването е проведено с 382 деца на възраст между 3 и 7 години, за които българският език е роден и при които не са установени интелектуални, сензорни или емоционално-поведенчески нарушения. Използван е авторски диагностичен инструмент, включващ задачи за назоваване на съществителни имена, повторна и генерирана реч. Резултатите показват наличие на универсални фонологични процеси с ясна възрастова динамика. Най-често регистрираните грешки са елизия на струпани съгласни в сричка, субституция на звук, метатеза на звук, елизия на звук и елизия на сричка, като честотата им намалява с напредване на възрастта.

Ключови думи: фонологични процеси, предучилищна възраст, експресивна реч, диагностика, фонологично развитие

TYPICAL PHONOLOGICAL PROCESSES IN CHILDHOOD

Tsvetomira Boycheva
South-West University “Neofit Rilski”

Miglena Simonska
South-West University “Neofit Rilski”
miglena_simonska@swu.bg

Abstract: This paper analyzes typical phonological processes in the expressive speech of preschool children. The study aims to identify the most frequent phonological errors and examine their occurrence across different speech tasks. The research was conducted with 382 children aged 3 to 7 years, all native speakers of Bulgarian, with no identified intellectual, sensory, or emotional-behavioral

disorders. An author-developed diagnostic tool was applied, including tasks for noun naming, repetition, and spontaneous speech production. The results reveal the presence of universal phonological processes following a clear age-related pattern. The most frequently observed errors include consonant cluster reduction, sound substitution, sound metathesis, sound elision, and syllable elision, with their frequency decreasing as age increases. The findings confirm the relevance of phonological process analysis as a reliable approach for assessing phonological development and diagnosing phonological disorders in preschool-aged children.

Keywords: phonological processes, preschool age, expressive speech, assessment, phonological development

Въведение

Съществува реален интерес към изучаването на фонетичните и фонологичните процеси в езиците. Фонологичните процеси (наричани още модели грешки) са често използвана мярка за описание на фонологичната система на детето (Dodd et al., 2003). Анализът на фонологичните процеси е резултат на дългогодишно търсене на средства, които да оценят вербалната продукция на децата, характеризираща се с многобройни грешки, като акцентира върху правилата или процесите, които децата използват, за да създадат своя версия на фонологичните модели, които възрастните използват. Резултатите, получени чрез диагностика на тези процеси, предоставят своеобразен профил на основните правила, които детето използва, като това служи за база на планиране на последваща терапия (Haelsing & Madison, 1986). Zarifian & Fotuhi (2020) твърдят, че „фонологичните процеси се определят като набор от умствени операции, които променят или пропускат фонологични единици в резултат на естествените ограничения и възможности на човешката гласова продукция и възприятие“. Общото съгласие е, че фонологичните процеси са най-ефективният анализ за определяне на връзката между продукцията на детето и тази на възрастните (Bernthal et al., 2017). Настоящото изследване използва анализ на моделите на грешки, за да опише систематични грешки при децата. Тези грешки отразяват трансформиране на основните към повърхностните фонологически представи.

Цел

Да се установи кои са типичните фонологични процеси, характерни за изследваните деца в настоящото изследване, както и да се обобщят и анализират получените данни от всички изследвани деца.

Методи

За целта на настоящото изследване е използван авторски тест, който анализира фонологичното развитие при деца на възраст между три и седем години. Тестът се състои от три субтеста, които анализират речта на децата на три нива.

„Субтест 1“ е задача за назоваване на съществителни имена, визуализирани чрез 96 картини. „Субтест 2“ е задача за повторение на изречения, която измерва максималната повторена фраза от детето и анализира фонологичните грешки на ниво повторна реч.

„Субтест 3“ е задача за генериране на изречения, която съдържа 15 картини с действия. Субтестът извлича таргетни думи, които дават информация за фонологичните процеси в спонтанното изказване на съответното дете.

Настоящото изследване е част от по-голяма разработка, свързана с разглежданата тема.

Броят на участниците в настоящото проучване е 382, като тяхната възраст е между 3 и 7 години. Децата нямат интелектуални, сензорни или емоционално-поведенчески нарушения, говорят български език като роден и посещават масова детска градина. Данните са анализирани чрез статистическата програма SPSS.

Резултати

Фонологичен анализ – „Съществителни имена“

Най-честата допусната грешка, която децата от изследваната група са направили на ниво „Субтест 1 – Съществителни имена“, е елизия на струпани съгласни в сричка.

Анализът на данните представя висок среден брой грешки за този процес – 1,15.

Грешките са допуснати най-често в началото на думата – 63 % от допуснатите елизии на струпани съгласни в сричка са в началото на думата. 27 % от допуснатите елизии от споменатия тип са в средата на думата. Най-рядко се допускат (2 %) елизии на струпани съгласни в края на думата.

Субституция на звук – 0,91 среден брой грешки.

50 % от децата не са допуснали такава грешка, 28,5 % са допуснали 1 грешка, 10,7 % са допуснали 2 грешки. 5,8 % имат три грешки, 10 деца (2,6 %) са допуснали 4 грешки, 2,1 % имат 5 грешки, а 1 дете (0,3 %) има 12 грешки.

Метатеза на звук – 0,6 среден брой грешки.

55 % от децата не са допуснали такава грешка, 30,6 % са допуснали 1 грешка, 9,9 % са допуснали 2 грешки. 3,9 % имат 3 грешки, а 2 деца (0,5 %) имат 4 грешки.

Елизия на звук – 0,5 среден брой грешки за този процес.

Средният брой грешки на децата в този субтест е 0,5, като близо 35 % от децата в изследваната целева съвкупност са допуснали поне една грешка от този тип в средата на думата (58 % от всички допуснати фонологични грешки от този тип са в средата на думата), в началото на думата (36 %). В края на думата едва 1 % от допуснатите от децата фонологични грешки от типа елизии са в края на думата.

Елизия на срички – 0,5 среден брой грешки за този процес.

В средата на думата – 78 % от допуснатите елизии на срички са именно в средата на думата. В началото на думата – 16 % от допуснатите елизии на срички са в началото на думата.

Фонологичен анализ – „Повторна реч“

Децата са допуснали грешки от типа елизия на струпани съгласни в сричка, като средният брой грешки е 0,07. Резултатът за елизия на звук е 0,06, при субституция средният брой грешки е 0,03, а 0,02 е усредненият брой грешки за елизия на срички.

91 % от децата не са допускали нито една фонологична грешка на този субтест.

Средният брой грешки за цялата изследвана група е 0,22. Средният брой грешки при най-малките деца на възраст 3–4 години е най-висок – 0,80. Важно е да се отбележи, че 75 % от децата в най-малката възрастова група не допускат нито една фонологична грешка.

Децата на възраст 6–7 години допускат средно 0,07 грешки, като 94 % от тях не допускат нито една фонологична грешка.

Тези ниски средни стойности в нивото на фонологичните грешки при „Повторна реч“ определят ниската чувствителност на скалата за оценка на фонологичното развитие при децата. Данните ясно показват, че „Субтест 2 – Повторна реч“ се оказва сравнително лесна задача за децата.

Фонологичен анализ – „Генерирана реч“

Децата от изследваната целева съвкупност допускат сравнително малък брой фонологични грешки на ниво „Генерирана реч“ в сравнение със „Субтест 1 – Съществителни имена“ – средният брой грешки е 1,01, като 51 % от децата не допускат нито една фонологична грешка.

Напълно разбираемо и обяснимо е средният брой грешки при най-малките деца на възраст 3–4 години да бъде най-висок (2,3, като 81 % от тях са допуснали поне една фонологична грешка), а при най-големите деца на възраст 6–7 години да бъде най-нисък (0,7, като 61 % не допускат нито една фонологична грешка).

Тези сравнително ниски средни стойности в нивото на фонологичните грешки при „Генерирана реч“ определят ниската чувствителност на скалата за оценка на фонологичното развитие при децата.

Резултатите показаха, че децата са допуснали следните грешки, като цифрите показват средния брой грешки за съответния процес: елизия на звук (0,12), метатеза на звук (0,09), субституция (0,08), елизия на срички (0,4) и елизия на струпани съгласни в сричка (0,3).

При децата на възраст 3–4 години допуснатите грешки са: елизия на струпани съгласни в сричка (0,9), елизия на сричка (0,7), метатеза на звук (0,2), елизия на звук (0,2).

В групата на децата на възраст 4–5 години се срещат същите грешки, но по-рядко: елизия на сричка (0,4), елизия на струпани съгласни в сричка (0,3), елизия на звук (0,13), метатеза на звук (0,12), субституция (0,11).

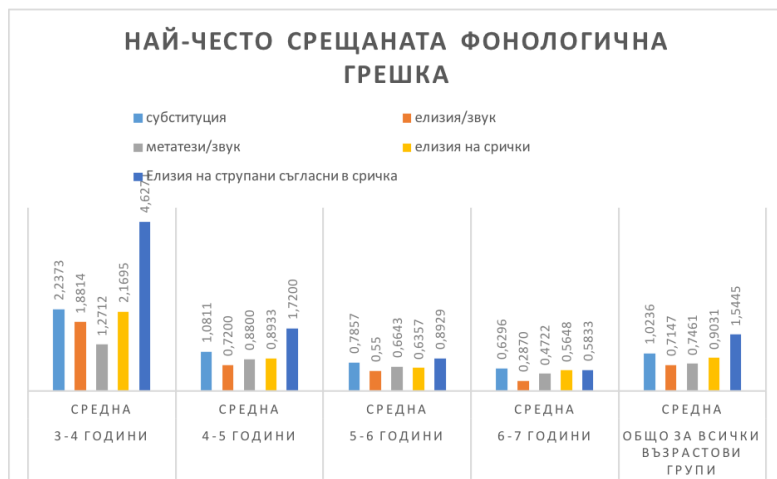
Същите грешки се срещат и при децата на възраст 5–6 години: елизия на струпани съгласни в сричка (0,2), елизия на звук (0,1), субституция (0,06), метатеза на звук (0,06), елизия на сричка (0,26).

Грешки при децата на възраст 6–7 години са: елизия на струпани съгласни в сричка (0,2), субституция (0,06), елизия на звук (0,06), епентеза на звук (0,05), елизия на сричка (0,3).

Заклучение

Типичните за изследваната извадка фонологични процеси са установени въз основа на трите субтеста. Децата между три и седем годишна възраст допускат най-много грешки при процесите на елизия на струпани съгласни в сричка (1,54), субституция на звук (1,02), елизия на сричка (0,90), метатеза на звук (0,74) и елизия на звук (0,71).

Графика 1. Честота на фонологични грешки



Разпределението на фонологичните грешки показва ясна възрастова динамика. Според данните от трите субтеста може да се обобщи, че децата на възраст между 3 и 4 години допускат най-много фонологични грешки – средно по 14 грешки, което е около три пъти повече от средния брой фонологични грешки за цялата извадка. Следва да се отбележи, че всички деца (100 %) в тази възрастова група допускат поне една фонологична грешка.

Децата на възраст между 4 и 5 години допускат средно по 6,6 фонологични грешки, като 85 % от тях са допуснали поне една такава грешка. Децата на възраст между 5 и 6 години допускат средно по 4,3 фонологични грешки, като 82 % от тях са допуснали поне една такава грешка. Децата на възраст между 6 и 7 години допускат най-малко фонологични грешки – средно по 3,4 грешки, като всяко трето дете (33,3 %) не допуска нито една такава грешка.

Приложеният авторски тест предоставя изчерпателна информация за фонологичните грешки, допускани от децата между 3 и 7 години. Той представлява надежден инструмент за диагностика на фонологични нарушения и за анализ на фонологичните процеси в предучилищна възраст.

Библиография

- Bernthal, J. E., Bankson, N. W., & Flipsen, P. J.** (2017). *Articulation and phonological disorders: Speech sound disorders in children* (8th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Dodd, B., Holm, A., Hua, Z., & Crosbie, S.** (2003). Phonological development: A normative study of British English-speaking children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17, 617–643.
- Haelsig, P. C., & Madison, C. L.** (1986). A study of phonological processes exhibited by 3-, 4-, and 5-year-old children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 17(2), 107.
- Zarifian, T., & Fotuhi, M.** (2020). Phonological development in Persian-speaking children: A cross-sectional study. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(6), 614–625.

УСПЕШНИ МОДЕЛИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЕЗИКОВА КОМПЕТЕНТНОСТ В УЧИЛИЩНАТА ЛОГОПЕДИЧНА ПРАКТИКА

*Йорданка Донева
Първо СУ „Свети Седмочисленици“ – Търговище*

Резюме: Световната пандемия нанесе тотална травма на обществото. Заместителят на истинско обучение – ОПЕС (обучение от разстояние в електронна среда) - усложни проблемите на неуспяващите ученици. Това наложи през последното десетилетие в логопедичната практика непрекъснато да се апробират нови стратегии за учене/ логопедична терапия. Да се осъществява преминаване от състояние на пасивност към активност. Акцентът се измести върху компетентността. Хиляди деца и ученици сменят местоживеенето си и са принудени да се адаптират към нова езикова среда. Това е предизвикателство и за логопедите.

Описани са конкретни случаи от практиката на Екипа за подкрепа за личностно развитие. Представени са модели за формиране и развитие на езикова компетентност в група по време на лятната работа чрез STEAM – подход в образованието. Проверка на усвоените езикови компетентности е извършена чрез изпитите на НВО по БЕЛ в четвърти клас.

Ключови думи: езикова компетентност; училищна логопедична практика; билингвизъм; STEAM подход; приобщаващо образование

SUCCESSFUL MODELS FOR DEVELOPING LANGUAGE COMPETENCE IN SCHOOL SPEECH THERAPY PRACTICE

*Yordanka Doneva
First Secondary School "Sveti Sedmochislenitsi" – Targovishte*

Abstract: The global pandemic has caused total trauma to society. Distance Learning in an Electronic Environment (the substitute for real learning) aggravated the problems of students with learning difficulties on a language basis. In the last decade, this has necessitated speech therapy practice to constantly test new learning strategies / speech therapy in order to implement the transition from a state of passivity to a state activity. The emphasis has shifted to competence. Thousands of children and students are relocating and are forced to adapt to a

new language environment. This is a challenge for speech therapists too. The article describes specific cases from the practice of the Personal Development Support Team. Models for the formation and development of language competence in a group during the summer work through STEAM, an approach to education, are presented. The check of the acquired language competencies is carried out through the exams of the National External Assessment in Bulgarian Language and Literature in the fourth grade.

Keywords: language competence; school speech therapy practice; bilingualism; STEAM approach; inclusive education

Въведение

Факт е, че през последните 50 години не е имало толкова всеобхватно и продължително затваряне на образователните институции. Световната пандемия и последвалото масово преминаване към обучение от разстояние в електронна среда (ОПЕС) оказаха съществено влияние върху образователния процес, като най-силно засегнати се оказаха учениците с трудности в развитието и с потребност от допълнителна подкрепа. В много случаи обучението в електронна среда доведе до намалена учебна успеваемост, пасивност и загуба на устойчива връзка с учебното съдържание.

В този контекст през последното десетилетие в логопедичната практика се наложи необходимостта от непрекъснато предлагане и апробиране на нови стратегии за учене и логопедична терапия. Фокусът се измести от пасивното усвояване на знания към активното участие на ученика в процеса на учене, както и към компетентностния подход, при който акцентът се поставя върху прилагането на знанията и активната ориентация в динамично променящата се образователна среда.

Развитието на дигиталната среда и социалните комуникационни платформи доведе до промени в начина, по който децата и учениците възприемат, обработват и усвояват информацията, което наложи включването на нови подходи и методи в образователния и терапевтичния процес. В този контекст се утвърди и феноменът телепрактика като алтернативна форма на логопедична подкрепа. Същността на приобщаването се изразява в създаването на условия учениците да бъдат активни участници в процеса на учене и да имат възможност да демонстрират своите силни страни. Ключов фактор за образователния успех остава чувството за принадлежност, което в най-голяма степен се формира при присъствената форма на обучение.

Социалните предизвикателства пред логопедичната практика обуславят

необходимостта от прилагането на алтернативни терапевтични стратегии. В този процес логопедът постепенно престава да бъде основен източник на информация и поема ролята на фасилитатор и медиатор, подпомагащ учениците при овладяването на разнообразни езикови и комуникативни компетенции. Това налага и използването на нови подходи за оценяване на постиженията, ориентирани към самооценяване и активно включване на обучаваните в процеса на учене.

Съвременните миграционни процеси превърнаха образователната среда в глобална мултилингвална мрежа, в която значителна част от децата и учениците са изправени пред необходимостта да се адаптират към нова езикова среда. Все по-често в логопедичната и психологичната практика се работи с ученици, чийто майчин език е различен от българския, което поставя допълнителни предизвикателства пред развитието на тяхната езикова и учебна компетентност. Процесът на езикова интеграция следва да започне възможно най-рано и да бъде съпътстван от целенасочени дейности за социално приобщаване, основани на надеждна и цялостна оценка на индивидуалните потребности на децата билингви.

Ако учениците постъпват в училище с недостатъчно развити базови комуникативни умения на български език – БКУ (Basic Interpersonal Communicative Skills, BICS), те срещат сериозни затруднения при овладяването на езика на образователната система, който изисква наличие на когнитивни академични езикови умения – КАЕУ (Cognitive Academic Language Proficiency, CALP). Тези умения са свързани с четене, писане и специфичен стил на общуване в учебната среда и се изграждат значително по-бавно във времето в сравнение с БКУ.

Това налага адаптиране на методите и организационните форми на обучение спрямо индивидуалните езикови потребности на всеки ученик. Добри международни практики показват, че най-ефективният подход включва съчетаване на допълнително подпомагащо езиково обучение по модел за преподаване на езика като втори и интегрирана езикова подкрепа по всички учебни предмети. За ефективното приобщаване на учениците с различен майчин език е необходимо не само учителите по български език, но и всички педагогически специалисти да познават нивото на тяхната езикова компетентност и да работят целенасочено за нейното развитие.

C-Test (4.–12. клас)

C-Test се прилага активно в различни държави за оценка на нивото на владеене на майчиния, втория или чуждия език и е адаптиран вариант за български език. Той представлява диагностичен инструмент, основан на принципа на редуцираната редундантност на езика, при който учениците допълват липсващи части от думи в кратки текстове. Чрез прилагането на C-Test се получава обобщена представа за индивидуалното езиково ниво на учениците и за общата езикова картина на групата или класа.

В логопедичната и педагогическата практика резултатите от C-Test се използват като ориентир за идентифициране на ученици с потребност от езикова подкрепа и за планиране на адекватна логопедична терапия и образователни интервенции. Определянето на езиковото ниво позволява целенасочен избор на методи и организационни форми на работа, съобразени с индивидуалните потребности на учениците.

След установяване на езиковата компетентност на всеки ученик се преминава към прилагане на подходящи логопедични и педагогически стратегии. В екипната работа с учителите се използват разнообразни методи на обучение, сред които проектно-базирано обучение, дискусии, мозъчна атака, синектика, драматизации, обърната класна стая и работа в групи. Организационните форми включват извънкласни и извънурочни дейности, проблемно и проблемно-базирано обучение, което допринася за разширяване на образователната среда.

Как изглеждат структурата и компонентите на методическия модел за формиране и развитие на езикова компетентност в обучението?

Компетентността най-често се свързва със способност, разбрана като може да се направи нещо, т.е. умеене, основано на знание. Тя не е вродена, а се развива чрез качествено учене в подходяща педагогическа среда и чрез придобиване на практически опит. Предложението от нас модел се базира на система от компоненти, чрез които се реализира съвременно образование и се постига езикова компетентност на приложно равнище. Заложените в модела компоненти дават възможност за смяна на ролята на обучаемите и поставянето им в активна позиция.

Цел на методическия модел е изграждането на умения за самостоятелно учене, разбиране на непозната информация, решаване на проблемни ситуации и създаване на собствен текст. Обучението и логопедичната

терапия са насочени към развитие на творческия подход и активното участие на учениците в процеса на учене.

В основата на предлагания модел стои използването на система от интерактивни методи и техники. Прилагат се три основни групи методи: ситуационни, дискуссионни и емпирични (опитни). Към ситуационните методи се отнасят методът на конкретните ситуации (case study), казусът, ролевата игра и драматизацията. Сред дискуссионните методи се използват беседа, дискусия, мозъчна атака, вземане на решения и обсъждане, а широко прилаган опитен метод е методът на проектите. Методическият модел представлява синергия от елементи и се реализира в следните измерения:

- **аспекти:** цели, съдържателен, процесуален, резултативен;
- **подходи:** генеалогичен, аксиологичен, интердисциплинарен, мултисензорен, синергетичен, холистичен, психофизиологичен, мултикултурен, сугестопедичен;
- **форми:** урочни, училищни, извънурочни, извънкласни и извънучилищни.

Използването на игри и разнообразни активности позволява на логопеда да направи обучението по-ангажиращо и ефективно, като поставя учениците в активна позиция и подпомага развитието на тяхната езикова компетентност.

Описание на случаи от практиката на Екипа за подкрепа за личностно развитие

Първи случай: N9

Ученичка на 9 години, дете от смесен брак (майка – с турски етнос, баща – българин), живяла в Англия до деветгодишна възраст. В ежедневната комуникация използва английски език при общуване със сестра си, турски език в семейството и български език в училищна среда, като се наблюдава силен акцент. В началото на учебната година при проведен тест за езикова компетентност ученичката показва 25 % успеваемост.

След тримесечна логопедична терапия се отчита значителен напредък: овладян активен речник от приблизително 1000 думи на български език, коректно четене и правилно писане под диктовка. В семейна среда се спазват препоръките инструкциите при подготовка на уроците да се дават единствено на български език.

При генериране на текст по картини в началния етап се наблюдават

затруднения в програмирането на изказа, особености в словореда и неправилно съгласуване по род и число. Вербалната комуникация на български език е в процес на развитие, като ученичката проявява желание за общуване, емоционална ангажираност и положително реагира на персонално внимание. Академичните дейности, опосредствани от речта, към този етап са затруднени.

В рамките на логопедичната интервенция се прилага модел за формиране и развитие на езикова компетентност, включващ образователна кинезиология за първична интервенция, позитивна приказна терапия и целенасочена езикова терапия. Работи се за развитие на вниманието, фината моторика, лексикалната компетентност, приложната граматика и свързаната реч, както и за корекция на нарушенията в писмената реч. Паралелно се развиват четивната техника, фонетико-фонематичният слух и базовите математически представи, с акцент върху самоконтрола и планирането.

Втори случай: Q7

Ученичка на 7 години, родена във Филипините (майка – филипинка, баща – българин), живяла до този момент в Канада. Вербалната комуникация на български език е в процес на развитие. Прави впечатление активното участие на бащата в процеса на обучение и подкрепата в семейна среда. Детето се отличава с будна мисъл, много добро внимание и стремеж към овладяване на непознати модели за речево общуване. Невербалният интелект е във висока норма, като ученичката се опитва да формулира самостоятелни речеви построения на български език, макар и с типични граматични неточности.

Към този етап от езиковото развитие академичните дейности, опосредствани от речта, са затруднени. В рамките на логопедичната работа е приложен модел за формиране и развитие на езикова компетентност, насочен към развитие на езиково-говорната система, усъвършенстване на фината моторика и повишаване на увереността при вербална изява. Езикова терапия е ориентирана към доразвитие на импресивната и експресивната реч, разширяване на лексикалната компетентност, овладяване на многозначни думи и думи с обобщено значение, както и към формиране на умения за сбит преразказ на непознат текст с и без визуална опора.

Паралелно с това се работи за развитие на езиковата компетентност на прагматично равнище и за включване на ученичката в групови и

представителни изяви, с цел подкрепа на социалното приобщаване и езиковата увереност.

Модели за формиране и развитие на езикова компетентност в група чрез STEAM подход

В рамките на лятната работа бе приложен STEAM подход за формиране и развитие на езикова компетентност в група, организиран около глобалната тема „Несебър – град световно културно наследство“. Проектната дейност осигури междупредметни връзки между учебните предмети „Човек и общество“, „Математика“, „Технологии и предприемачество“ и създаде условия за активно учене, изследване и практическо приложение на знанията.

Очакваните резултати от работата бяха свързани с придобиване на знания за културно-историческото наследство на град Несебър, развитие на умения за работа с карта, наблюдение и експериментиране, проектиране и моделиране. В хода на дейностите се формираха ключови компетентности, свързани с изследователска дейност, конструиране, предприемаческо мислене и работа в екип, както и меки умения като презентационни умения, инициативност и мотивация за учене.

Работата се осъществи в различни организационни форми – групова, фронтална и индивидуална, като бяха използвани разнообразни технологии и дигитални ресурси за създаване на електронни продукти, визуализации и интерактивни задачи. Краен продукт на проектната дейност бе създаването на електронна книга, публикувана в интернет, която документира процеса и резултатите от лятната работа.

В рамките на STEAM проекта интегрираната езикова подкрепа се осъществяваше по всички предмети и включваше целенасочена работа с лексика, структурирана работа с текст за развитие на четивната грамотност, използване на езиково подкрепящи материали и създаване на подкрепяща учебна среда. Акцентът бе поставен върху активното участие на учениците, прилагането на знанията в реални ситуации и развитието на езиковата компетентност в практико-приложен контекст.

Много се говори и пише за мултисензорната терапия чрез едновременното въздействие върху различните сензорни системи. Предварителното и прецизно подбиране на стимулите е от съществено значение, тъй като би могло да предпази обучаемите от сетивно-когнитивно „зашеметяване“. Затова специалистът следва целенасочено

да дозира и разнообразява стимулите в информационната среда за учениците. Необходимо е професионално да се анализират възможностите, ограниченията и реалните ефекти на мултимедийните технологии и STEAM подхода в образованието. Сензорната зависимост от технологиите сама по себе си не гарантира култура и успешно колективно поведение. Задачата на образованието е да покаже на учениците как да „пият от живата вода“, а не от пластмасовата бутилка – защото само изворът е неизчерпаем, както и човешкото знание.

Проверката на усвоените езикови компетентности се осъществява най-лесно чрез Националното външно оценяване по български език и литература в края на IV клас. Чрез него се проверяват уменията за четене с разбиране, създаване на текст с определена комуникативна цел, прилагане на основни правописни правила и използване на книжовния език в различни комуникативни ситуации. Резултатите от НВО дават възможност за обективна оценка на езиковата компетентност и служат като ориентир за ефективността на прилаганите образователни и логопедични стратегии.

Анализът на средностатистическите резултати от НВО по български език и литература в IV клас от предходната учебна година показва, че групата ученици, получавали обща подкрепа от логопед с превантивна насоченост към обучителни затруднения на езикова основа, са постигнали много добър успех. Тези резултати потвърждават адекватността на избраните стратегии за формиране и развитие на езикова компетентност и подчертават значението на ранната и целенасочена езикова подкрепа.

Библиография

Новикова, А., & Михайлова, В. (2022). *Интегрирана езикова подкрепа на ученици с майчин език, различен от българския: Наръчник за учители*. София: Заедно в час.

Стан. (2019). *Невероятният свят с експерименти на Петьо Филията*. София: Егмонт България.

Darik.bg. (n.d.). *Затварянето на училищата – новият поколенчески геноцид срещу децата*. Retrieved from <https://darik.bg/zatvaraneto-na-uchilista-noviat-pokolenchenski-genocid-srestu-decata>

ЧЕТИВНИ ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ УЧЕНИЦИ С ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО И ХИПЕРАКТИВНОСТ

Пламен Петков
Шуменски университет „Еп. Константин Преславски“
p.petkov@shu.bg

Наадие Пехливан

Резюме: Дефицитът на вниманието и хиперактивност (ХАДВ) е невроразвитийно нарушение, което често се асоциира с обучителни трудности в училищна възраст. Макар че четивните затруднения традиционно се свързват с дислексия на развитието, при учениците с ХАДВ също се наблюдават проблеми в овладяването на уменията за четене, които имат различен произход и механизъм. Настоящото изследване има за цел да проучи скоростта на четене и уменията за разбиране на прочетен текст при ученици с ХАДВ без коморбидност с дислексия на развитието и да установи дали съществуват статистически значими различия спрямо връстници с типично развитие.

Изследването обхваща общо 60 ученици от трети клас, разделени в две групи – експериментална група от 30 ученици с диагноза ХАДВ и контролна група от 30 ученици с типично развитие. Средната възраст на изследваните лица е 9,6 години. Методиката включва две проби: измерване на скоростта на четене чрез брой прочетени думи за една минута и оценка на разбирането на прочетен текст чрез въпроси с различна степен на трудност. Резултатите са обработени със статистическия пакет SPSS 17 чрез дескриптивна статистика, ANOVA и корелационен анализ.

Анализът на данните показва наличие на статистически значими различия между двете групи както по отношение на скоростта на четене, така и по отношение на разбирането на прочетен текст. Установени са и значими корелации между диагнозата, скоростта на четене и разбирането на текста. Получените резултати опровергават първоначално формулираната хипотеза и потвърждават, че ХАДВ оказва съществено влияние върху четивните умения. Направените изводи подчертават необходимостта от специфични педагогически и логопедични подходи, насочени към компенсирание на ексекутивните дефицити при ученици с ХАДВ.

Ключови думи: дефицит на вниманието и хиперактивност, четене, скорост на четене, разбиране на текст, ексекутивни функции

READING DIFFICULTIES IN STUDENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Plamen Petkov
Konstantin Preslavsky University of Shumen
p.petkov@shu.bg

Naadie Pehlivan

Abstract: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental condition affecting approximately 7% of the population and is frequently associated with learning difficulties. As a result, speech therapists often encounter such problems in their professional practice, particularly with regard to reading difficulties.

The purpose of the present study is to examine the reading abilities of children with ADHD and to identify which operations related to reading are dysfunctional or impaired.

The research methods implemented in the study include the assessment of reading comprehension, reading speed, phonological operations, and phoneme-grapheme conversion.

The results of the study demonstrate statistically significant differences between pupils with ADHD and a control group of typically developing children in the same age range. These differences concern several operations and activities on which reading ability is based.

The identified difficulties in children with ADHD outline the need for specific approaches and targeted interventions aimed at reducing and mitigating the impact of executive function deficits on reading comprehension and reading speed.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, reading speed, reading comprehension

Въведение

Дефицит на вниманието и хиперактивност и дислексия на развитието са две добре познати на логопедите и учителите невроразвитийни нарушения в училищна възраст, които са често срещани и изискващи продължителни усилия за тяхното преодоляване или смекчаване. Те си имат своите диагностични симптомокомплекси, но често се проявяват паралелно в коморбидни варианти и всъщност е доказано, че при около 40% до 50% от случаите, при които е установена едната диагноза, се наблюдават и диагностични признаци и на другото нарушение, т.е.

двете нарушения могат да се наблюдават едновременно в съчетание едно с друго (DuPaul et al., 2013; Willcutt et al., 2010).

Лицата с дефицит на вниманието и хиперактивност изпитват затруднения при изпълнението на много дейности. Това засяга различни сфери на функциониране, но без да се подценяват проблемите от социален характер, би могло да се отбележи, че най-сериозният негативен ефект от нарушението се проявява по отношение на академичните умения (Fleming et al., 2017; Frazier et al., 2016; Kent et al., 2011; Zendarski et al., 2017). Училищната среда предлага твърде много предизвикателства за лицата с дефицит на вниманието и хиперактивност. За такъв ученик е типично или поне много вероятно да закъснее или дори да отсъства от учебните занятия, а ако присъства, да не завърши докрай изпълняваните дейности и задачи и участието му по време на урок да бъде доста скромно и оскъдно. Всичко това не е без връзка с повишен риск от повтаряне на учебна година, отпадане или изключване от училище и в крайна сметка с ограничени възможности по отношение на образованието след завършване на училище и професионалната реализация (Loe & Feldman, 2007).

Изключвайки обаче случаите на коморбидност, когато двете нарушения – дислексия на развитието и дефицит на вниманието и хиперактивност – се наблюдават паралелно и едновременно, трябва да се отбележи, че техните прояви имат различен характер. И докато дислексия на развитието засяга академичните умения, то дефицитът на вниманието и хиперактивност създава проблеми с извършването на почти всички видове дейности и форми на активност, при това не само в рамките на учебния процес и не само в рамките на писмената реч. Това означава, че тук се изискват съвсем други подходи за въздействие и отчитане на особености и характеристики отвън картината на типичните четивни нарушения. Тези особености и характеристики при дефицит на вниманието включват голяма част от следните прояви: (1) първоначално блокиране при изпълнение на определена задача; (2) изместване и отклонение от целта на задачата; (3) непоследователни и несъвместими операции при извършването на определена дейност; (4) колебания и вариации при изпълнението на дейността; (5) невъзможност да се реагира на промени във възприеманите стимули; (6) удължаване на времетраенето на изпълнението; (7) забавеност и несвоевременност на съпътстващите реакции.

В областта на проучването на нарушенията на вниманието (наричаното

у нас с разместен ред на симптомите ХАДВ, което всъщност не е единственото нарушение на вниманието) има над 50 000 публикации в научната литература и водещи експерти в тази област, провеждащи мащабни и задълбочени изследвания, смятат, че предлаганите от четвъртата и петата версия на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства, издаван от Американската психиатрична асоциация (DSM-IV и DSM-5), както и от Международната класификация на болестите в нейните различни версии, основни симптоми са повърхностни и недостатъчно задълбочени, което затруднява и обърква много специалисти в психиатричната, логопедичната и педагогическата практика (Barkley, 2018).

Сдруги думи казано, при това нарушение проблемът не е във вниманието и още по-малко в хиперактивността, каквото понякога въобще няма или тя стихва с напредването на възрастта, а същината на нарушението се изразява в ключови и важни компоненти на езекутивната система, независимо от наличието на дискусии, противоречиви публикации и спорове на тази тема. Доказателство за факта, че при ХАДВ са нарушени езекутивни функции, е установената неспособност на лицата с това нарушение да полагат усилия. И това не се дължи на мързел или занемареност, а на намалена извънклетъчна концентрация на допамин в някои мозъчни структури. Липсата или недостигът на допамин водят до неспособност човек да полага усилия и оттам – неизбежно – до понижена или липсваща мотивация, а резултатът от това е импулсивно поведение, с което се обяснява и хиперактивността при ХАДВ.

Но като най-отличителна особеност на ХАДВ може да се посочи обстоятелството, че такива лица не могат или трудно завършват, а понякога въобще не завършват, дадена дейност докрай, особено когато няма директен резултат, обратна връзка или моментна полза от нея. Такива хора или вършат всичко в последния момент, или винаги закъсняват, или отлагат това, което искат да направят, като често то остава незавършено. За лицата с ХАДВ е характерно да „скачат“ от една недовършена дейност към друга, от една криза в друга, и това се отразява на тяхното социално функциониране, като резултатът често е нисък праг на издръжливост на фрустрация, нетърпеливост, неспособност за контрол върху емоциите, негативизъм, враждебност, разочарование, натрапливост, провокативност към другите и склонност към конфликти.

Според Ръсел Баркли, който се смята за водещ експерт в света по

въпросите за нарушенията на вниманието, този проблем може да бъде назован в същността си само с две думи (на български език те стават три при превода) – слепота за времето (Barkley, 2018). Според него основното и същественото при ХАДВ е, че такива хора имат нарушен усет за време. Проблемът не е в това, че са разсеяни. Всеки може да бъде разсеян, но обикновено разсеяните хора успяват да поправят пропуските си и да довършат това, което са започнали, когато страничен фактор отклони вниманието им. Лицата с ХАДВ обикновено забравят какво са започнали да правят, когато нещо отклони вниманието им, или ако се върнат отново към първоначално започнатото, се появява друг дразнител, който ги отклонява, и те в крайна сметка не довършват започнатото. Разбира се, разсейващи дразнители въздействат и при всички останали хора, но разликата е, че при тези, които нямат ХАДВ, дори и многократно нещо да отвлече вниманието им, те рано или късно се връщат към започнатото и го довършват, докато при хората с ХАДВ това не се случва или се случва твърде рядко. Тази разлика ясно показва, че при ХАДВ действително е налице дефицит в езекутивните функции.

Именно в тази връзка е необходимо да се отбележи, че проблемът тук не е в това, че децата и възрастните с ХАДВ се разсейват от странични дразнители. В крайна сметка всички хора се разсейват от външни стимули, т.е. регистрират тяхното въздействие. Проблемът е, че лицата с ХАДВ не могат да потискат реакциите си и реагират на всички дразнители около тях, независимо от тяхната значимост, или се поддават на всеки вътрешен импулс, какъвто и да е той. С други думи, това не е проблем с вниманието, а проблем, свързан с инхибиторните процеси, т.е. със способността да се потисне желанието за реакция на силно външно въздействие, което отклонява от текущата дейност и измества фокуса на вниманието в непредвидена или нежелана посока. В тази връзка Даниел Голман, известен с проучванията си върху емоционалната интелигентност, социалната интелигентност и вниманието, подчертава, че вниманието на човека е изключително ценен ресурс и че винаги съществува външен „похитител“, под каквато и да е форма, който се стреми да го отнеме.

При лицата с ХАДВ липсва способност за потискане на реакциите и поради това тяхното поведение често е хаотично и хиперактивно, провокирано от всички възможни външни влияния или от вътрешни импулси, които ги тласкат към извършване на първото, което им

хрумне. Затова такива лица са с висок риск от развитие на зависимости – от затлъстяване и зависимост от електронни устройства до пристрастяване към алкохол, наркотици, хазарт и други. Характерни черти при ХАДВ са липсата на търпение, както и склонността към хаотично поведение или към вземане на рискови решения (Malloy-Diniz et al., 2007; Drechsler et al., 2008; Matthies et al., 2012). Както беше отбелязано, намалената способност за полагане на усилия, дължаща се на снижената извънклетъчна концентрация на допамин, също води до импулсивно поведение. Това има връзка и с нарушения усет за време, с нарушената саморегулация на емоциите, с понижения самоконтрол върху собственото поведение, с липсата на енергия и мотивация, а оттам – и с трудности при намиране на алтернативи при вземане на решения и при определяне на последователността на стъпките при извършване на дадена дейност.

А определянето на ред от актове е свързано с усета за време, с превключването от една дейност или състояние към друго, със задържането на временна информация в работната памет, което представлява сериозен проблем при ХАДВ. Дефицитите при ХАДВ най-силно проличават при извършване на дейности, при които липсва директна и мигновена обратна връзка от средата. Поради това се наблюдават случаи на ученици с ХАДВ с високи постижения в спорта, но със значителни трудности в учебната дейност, свързани с невъзможност за пренасочване на вниманието и за блокиране на несъществени, отвличащи фокуса дразнителни. Подобни операции, изискващи гъвкавост на съзнанието, детето може да извършва успешно, когато играе електронни игри, но не и при учебна дейност, при която липсват непосредствени резултати и моментни утилитарни последици.

Затова ХАДВ не е нарушение, при което човек не знае какво да прави. Лицата с ХАДВ добре знаят какво трябва да правят и не е необходимо някой да ги учи на това. Проблемът се състои в това, че те не могат да направят това, което знаят. Следователно това не е проблем на знанията и възприемчивостта, а на изпълнението. Отново според Баркли това може да бъде определено като нарушение на интенцията, а не на вниманието (Barkley, 2018). Според него няма значение какви намерения има човек с ХАДВ и какво точно иска да направи, защото той просто няма да го направи, а ще направи нещо друго, което не е възнамерявал. С ХАДВ могат да бъдат както лица с умствена

изостаналост, така и хора с изключителни способности и постижения. Дарбите и способностите нямат пряка връзка с нарушението.

Могат да се посочат множество примери с известни личности, които имат върхови постижения в различни области – наука, изкуство, спорт, бизнес и други, като Ричард Брансън, Майкъл Фелпс и др. Дарбите и способностите нямат връзка с наличието на нарушението, но дори и когато даден човек е достигнал върхови постижения в определена област или дейност, при всяка следваща форма на активност трудностите започват отново, независимо от славата, удовлетворението и постигнатото равнище на развитие. Начинът на живот и средата могат в значителна степен да задълбочат проявите на нарушението и да доведат до коморбидност, но самото нарушение не се предизвиква от средата или начина на живот (например прекомерно време, прекарано пред светещ екран, или неадекватно родителско поведение). При повече от 80% от случаите причините са генетични.

Обосновка на изследването

В настоящото проучване фокусът е насочен към ученици с ХАДВ, при които не се наблюдава коморбидност, включваща дислексия на развитието. Това обаче не означава, че тези ученици не изпитват четивни затруднения – първо, защото ХАДВ винаги протича с обучителни трудности, и по-точно със затруднена способност за учене, и второ, защото проблемите в превключването и пренасочването на вниманието, ниският праг на възбудимост, слабо функциониращата работна памет, липсата на мотивация и саморегулация са достатъчни предпоставки, които могат да възпрепятстват развитието на уменията за четене. Разбира се, подобни изследвания са провеждани и не е нито тайна, нито трудно да се предположи, че при ХАДВ четенето е затруднено, но един от мотивите за настоящото проучване е да се изследва това умение в конкретна популация и локален образователен контекст, който съдържа специфични нюанси и оказва влияние върху развитието на учениците.

Също така тук е важно да се подчертае, че трудностите, за които се предполага или е известно, че са налице, не се дължат на същите причини, които водят до дислексия на развитието или до която и да е друга форма на дислексия. Те могат да бъдат разглеждани като вторично обусловени симптоми и проблеми в четенето, възникващи в резултат на инхибиторни и по-общо езекутивни дефицити. При дислексията

също се посочват проблеми в работната памет и в екзекутивните функции като цяло (Al Dahhan et al., 2022), но в тези случаи основният проблем най-често е предимно рецептивен, доколкото самото четене представлява рецептивен процес. Разбира се, съществуват форми на дислексия и механизми на четенето, които включват участие на фронтални структури, като например фронталното очедвигателно поле в горната част на лявата премоторна кора и съответно функционалния праксис на погледа, който участва в процеса на четене. Също така при трансформацията на графемите във фонемите при четене участва и зоната на Брока, но въпреки това преобладаваща част от механизмите при четене обхващат рецептивни функции. Така например оптичният тип дислексия, или дислексията, свързана с недобро развитие на графемния гнозис, се дължи на дисфункции в лявата ангуларна извивка, а дефицитите в разбирането са свързани със средната слепоочна извивка в лявата хемисфера и с някои париетални участъци. Всички тези функции се отнасят до приемането и обработката на информация, т.е. те са рецептивни.

Въпреки че вниманието също е свързано с рецептивни функции, при патоанатомията и патогенезата на ХАДВ основните нарушения са локализирани в префронталната кора, орбитофронталния кръг и базалните ганглии, които нямат пряка връзка с рецептивните функции. Затова, както е установено, това всъщност не е нарушение на вниманието, въпреки че е наречено така. Освен това съществуват шест вида внимание и при ХАДВ е нарушен само един от тях – устойчивото внимание, което спада към екзекутивните функции.

С оглед на посоченото дотук е ясно, че четивните затруднения при ХАДВ, доколкото се проявяват и под каквато и форма да се проявяват, се дължат на механизми, различни от тези при дислексията, тъй като са обусловени от друг тип дефицити – орбитофронтални, а не темпорални, париетални или окципитални. Това означава, че симптомите, които се наблюдават, са вторични и неспецифични, но могат да обхващат същите умения и операции, които са нарушени и при дислексията, с тази разлика, че са последица от други нарушени функции и връзки между тях. В този смисъл един от мотивите на изследването е да се съпоставят специфични и неспецифични четивни нарушения и да се определи характерът на техните различия.

Програма на изследването

Както вече е заявено, обект на настоящото изследване са скоростта на четене и уменията за разбиране на текст при ученици с ХАДВ и техни връстници с типично развитие. Предмет на изследването е степента на успеваемост по отношение на тези умения във всяка от изследваните групи. Целта на изследването е да се установи дали съществуват статистически значими различия между двете групи, свързани със скоростта на четене и разбирането на прочетен текст. Хипотезата на изследването е, че се очаква да има различия между двете групи, но се предполага, че те няма да бъдат статистически значими.

Броят на изследваните ученици във всяка от групите е 30, т.е. общо са изследвани 60 ученици, половината от които са с диагноза ХАДВ, а останалите са с типично развитие. Средната възраст на изследваните ученици е 9,6 години. Експерименталната група включва ученици със средна възраст 9,7 години и стандартно отклонение (SD) 6 месеца, с възрастов обхват (range) от 8,9 до 11,3 години. Контролната група включва ученици със средна възраст 9,6 години и стандартно отклонение (SD) 7 месеца, с възрастов обхват (range) от 8,8 до 11,1 години. И в двете групи изследваните лица са ученици от трети клас от различни училища в Бургас и Шумен. Изследването е проведено през 2018 г.

Методиката на изследването включва две проби. При първата проба – скорост на четене – е измерен броят на прочетените думи за една минута при всяко изследвано лице. При втората проба – разбиране на прочетен текст – са оценявани отговорите на три въпроса към прочетения текст, като всеки от въпросите носи различен брой точки в зависимост от степента на трудност (дали се отнася до причинно-следствени връзки или до факти от текста). Максималният брой точки при тази проба е 7. Обработката на резултатите от изследването е извършена със статистическия софтуер SPSS 17. Представени са дескриптивна статистика, проверка за наличие на статистически значими различия чрез ANOVA и анализ на евентуални корелации между изследваните показатели.

Резултати от изследването

На Фиг. 1 са представени резултатите от изследването на скоростта на четене въз основа на показателите диагноза и пол.

Фиг. 1. Представяне на резултатите от изследването на скоростта на четене въз основа на показателите диагноза и пол

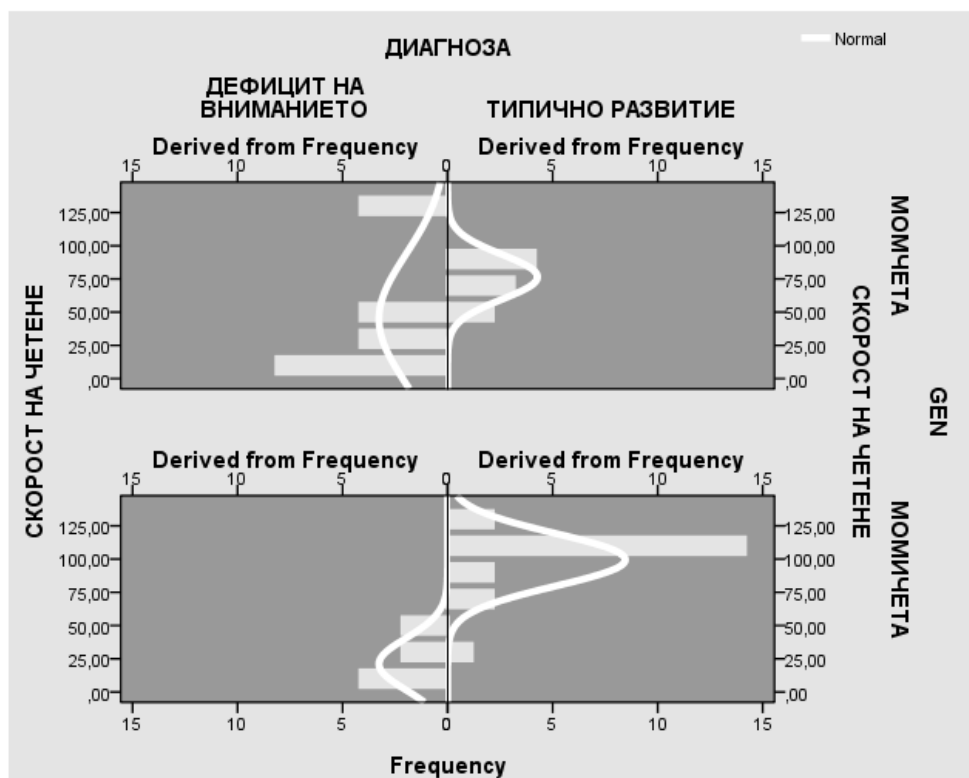
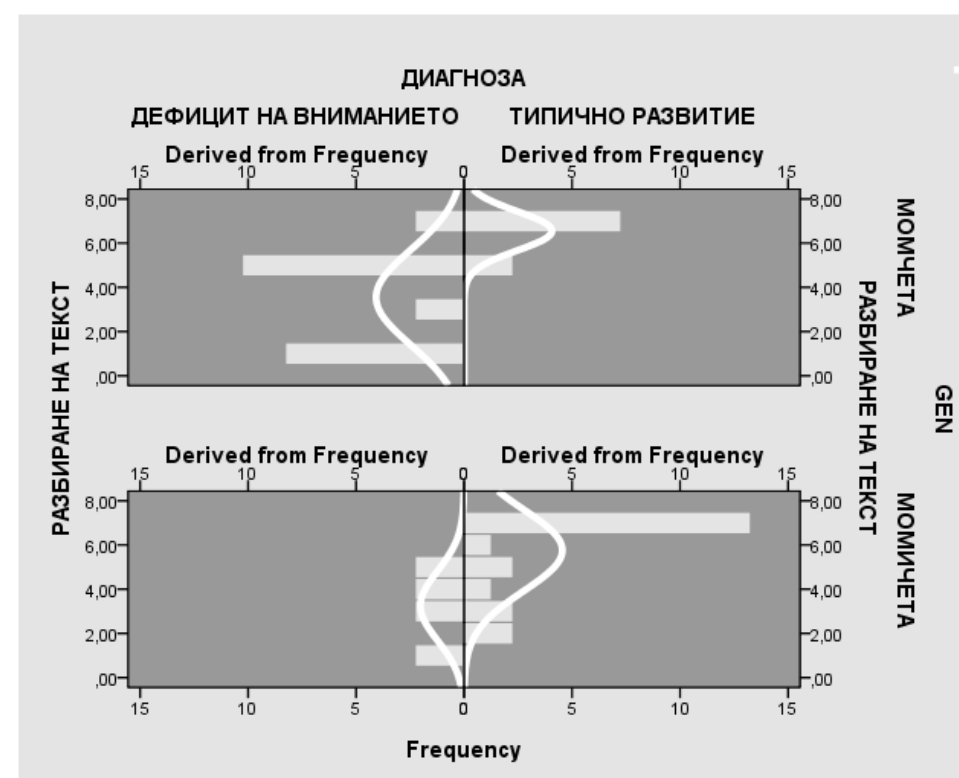


Таблица 1. Проверка за наличие на евентуални статистически значими различия между експерименталната група по отношение на показателя скорост на четене

| ANOVA | | | | | |
|-------------------|----------------|----|-------------|--------|------|
| СКОРОСТ НА ЧЕТЕНЕ | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 43115,193 | 1 | 43115,193 | 37,344 | ,000 |
| Within Groups | 64654,824 | 56 | 1154,550 | | |
| Total | 107770,017 | 57 | | | |

На Фиг. 2. са представени резултатите от изследването на разбирането на прочетен текст въз основа на показателите диагноза и пол.

Фиг. 2. Представяне на резултатите от изследването на разбирането на текст на базата на показателите диагноза и пол



В Таблица 1 се вижда, че са налице статистически значими различия между групите по отношение на показателя скорост на четене ($p\text{-value} = 0,000 < 0,01$).

В Таблица 2 се вижда, че са налице статистически значими различия между групите по отношение на показателя разбиране на прочетен текст ($p\text{-value} = 0,000 < 0,01$).

Таблица 2 Проверка за наличие на евентуални статистически значими различия между експерименталната група по отношение на разбирането на прочетен текст

| ANOVA | | | | | |
|--------------------|----------------|----|-------------|--------|------|
| РАЗБИРАНЕ НА ТЕКСТ | | | | | |
| | Sum of Squares | df | Mean Square | F | Sig. |
| Between Groups | 96,267 | 1 | 96,267 | 28,860 | ,000 |
| Within Groups | 193,467 | 58 | 3,336 | | |
| Total | 289,733 | 59 | | | |

В Таблица 3 се вижда, че е налице корелация между показателите диагноза, скорост на четене и разбиране на прочетен текст ($p\text{-value} = 0,000 < 0,01$).

Таблица 3. Представяне на корелации между изследваните показатели – диагноза, скорост на четене и разбиране на текст.

| Correlations | | | | |
|--------------------|---------------------|----------|-------------------|--------------------|
| | | ДИАГНОЗА | СКОРОСТ НА ЧЕТЕНЕ | РАЗБИРАНЕ НА ТЕКСТ |
| ДИАГНОЗА | Pearson Correlation | 1 | ,633** | ,576** |
| | Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,000 |
| | N | 60 | 58 | 60 |
| СКОРОСТ НА ЧЕТЕНЕ | Pearson Correlation | ,633** | 1 | ,497** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | | ,000 |
| | N | 58 | 58 | 58 |
| РАЗБИРАНЕ НА ТЕКСТ | Pearson Correlation | ,576** | ,497** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | |
| | N | 60 | 58 | 60 |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Статистическата обработка на резултатите опровергава формулираната хипотеза, според която се допускаше наличие на различия в успеваемостта между учениците с ХАДВ и техните връстници с типично развитие, без тези различия да бъдат статистически значими. Получените данни показват, че различията между двете групи по отношение на скоростта на четене и разбирането на прочетен текст са статистически значими ($p\text{-value} = 0,000 < 0,01$).

Анализ на резултатите

Както вече споменахме, ниски резултати по отношение на скоростта на четене и разбирането могат да бъдат предизвикани от различни нарушени механизми, различни причини и операции и взаимодействия между тях. Сами по себе си резултатите от проведените проби не позволяват да бъдат разграничени специфични от неспецифични четивни нарушения, но те показват, че дефицитът на внимание и хиперактивност със сигурност оказва влияние и отражение върху овладяването на четенето. Въпреки това тук изключително много трябва да се внимава и с терминологията, тъй като, както е известно, има нарушение на четенето, макар и придобито, което се нарича алексия при нарушение на вниманието или вниманийна алексия, но тя няма нищо общо с ХАДВ и четивните прояви в тази нозологична единица. При вниманийна алексия проблемът е в идентификацията на изолирани графемни или думи, дължащи се на проблеми във филтъра на вниманието, докато при ХАДВ такива дефицити липсват. Необходимо е и тук да изтъкнем, че ХАДВ в същината си не е нарушение на вниманието, нито хиперактивен или хиперкинетичен синдром, въпреки че е наричан така. Тези два симптома – дефицит на вниманието и хиперактивност – не са основни, те дори не са второстепенни, а третостепенни по значение. От всички видове внимание при ХАДВ е нарушено преди всичко устойчивото внимание и в някаква степен селективното внимание, но същността на нарушението се изразява в дефицит на работната памет, както и на други компоненти на езекутивната система, които вече споменахме. Освен това има различни видове работна памет – пространствена работна памет и вербална работна памет, които участват и се използват не само при четенето, но и при всички от извършваните дейности, свързани с обучението и комуникацията. Ето защо при ХАДВ трудностите, а понякога невъзможността да се изпълняват някои задачи, не се отнасят само до академичните умения и в частност до четенето, но и до голям периметър от дейности – и вербални, и невербални – и засягат много повече сфери и области на развитието, отколкото при дислексия. Ето защо проучването на ХАДВ изисква съвсем друг подход на изследване, обхващане на много повече функции и дори други методи на изследване. В тази връзка Баркли (Barkley, 2018) изтъква, че тестовете за диагностициране на ХАДВ са неефективни, ненадеждни и подвеждащи и дава пример с броя на пътнотранспортните произшествия в Съединените щати и големия

процент лица с ХАДВ, които предизвикват автомобилни инциденти и катастрофи. Тези лица са положили успешно всички изпити и психотестове, за да получат лиценз за правоуправление на моторно превозно средство, но статистиката показва, че те са причинители на пътнотранспортни произшествия. Това означава, че тестовете за изследване и диагностициране на ХАДВ нямат тази яснота, валидност и прецизност, които обикновено им се приписват. Според Баркли и други експерти, далеч по-ефикасен метод за диагностициране на ХАДВ са рейтинговите скали.

В настоящия контекст е важно да се акцентира върху начините, чрез които може да се подобри обучаемостта на учениците с ХАДВ, а това може да стане, когато се познават причините за техните четивни затруднения. При ХАДВ главната причина е слабата, неустойчива и трудно функционираща работна памет. Усилията на специалистите и особено на терапевтите трябва да бъдат насочени в тази посока. А слабата работна памет се проявява с невъзможност да се задържат временни детайли от информация за определен интервал, да се актуализира вече приетата информация, да се отчитат промените в хода на извършването на дейност и особено голям проблем, свързан с изброените дотук, е неспособност да се игнорират вече изгубили своята валидност и актуалност остатъчни елементи от информация, които буквално блокират работната памет и тотално ограничават нейната гъвкавост. Така при ХАДВ не могат да бъдат филтрирани и разграничени значимите от редувантите стимули и често последните предизвикват реакция, хиперактивност, импулсивност и дори персеверативно поведение, при което е много трудно или дори невъзможно да се превключи към друг тип дейност. По правило при ХАДВ е силно нарушена краткосрочната памет, каквато е работната памет, докато дългосрочната памет е в перфектно състояние и такива ученици с ХАДВ дори могат да покажат удивителна дългосрочна памет по отношение на информация от всякакво естество, стига да е интересна за тях, да носи удовлетворение и да е свързана с мигновена обратна връзка, когато я възпроизвеждат.

Egeland и сътрудници установяват, че децата с ХАДВ използват такъв вид стратегии на учене, които са свързани с полагането на по-малко усилия и слаба активация на паметта при вербални задачи в процеса на обучение (Egeland et al., 2010). Същият екип от автори и изследователи

проследява и изследва взаимовръзката между ниското равнище на полагане на усилия и слабата и непълноценна памет по отношение на информацията, свързана с тях.

Същата тази закономерност повлиява и четенето при ХАДВ. Ниската способност за полагане на усилия води до слаба и тромава работна памет с инертен режим на функциониране и „зацапване“ на филтъра на селективното внимание с всевъзможни случайни и маловажни дразнителни.

Заклучение

Трудностите в четенето при лица с дефицит на вниманието и хиперактивност са вторични и неспецифични, т.е. те не се дължат на дефицити във фонологичните операции и графемно-фонемните трансформации, нито на проблеми в езиковото декодиране или осмислянето на визуалната вербална информация – нещо, което е характерно за случаите на дислексия. В действителност при дефицит на вниманието и хиперактивност четивните затруднения произлизат, както вече отбелязахме, от непълноценното функциониране на работната памет и оттам – на саморегулацията. Това изисква подходи на логопедично въздействие, различни от тези при дислексия на развитието и въобще при която и да е от видовете дислексия. В контекста на интервенциите, които изискват професионални интеракции от различно естество, включително и такива, стимулиращи уменията за четене, могат да бъдат посочени някои смятани необходими и стимулиращи качеството на дейностите и подобряващи възможностите за развитие на лица с ХАДВ препоръчителни съображения и условия като посочените по-долу:

- опростяване и намаляване на продължителността на извършваната дейност с необходимост от вмъкване на по-чести, но кратки почивки
- допълнителни поддържащи опори, включително картинен материал и уточняващи и поясняващи вербални инструкции и коментари към определени пасажии от прочитания текст
- раздробяване на извършваната дейност на малки, опростени и ясни стъпки, на минифази и подзадачи
- постоянно стимулиране при изпълнение на подзадачите
- осигуряване на перманентна обратна връзка и получаване на нови насоки при всеки елемент или акт от извършваната дейност

- периодично включване на нови, усилващи мотивацията стимули
- предизвикване на емоционална реакция, интерес и чувство на удовлетворение
- поддържане и усилване на целенасочена активност, ориентирана към достъпни и оценени позитивно от другите резултати
- непосредствен и видим моментен резултат от активността
- осезаема обратна връзка като вид потвърждение или награда, която дори и да е малка, е получена веднага и създава чувство за сигурност и поддържане на мотивацията.

Основният акцент в обобщените насоки и препоръки са допълнителните поддържащи опори и раздробяване на самата дейност на минифази с осезаем и различим моментен резултат в условията на перманентна обратна връзка и супервизия, като целта е контрол над активността и насоченост на вниманието и поддържане на неговата устойчивост чрез симултанни инструкции от страна на работещия специалист.

Лицата с ХАДВ са изключително зависими от въздействията и условията на средата. Ако няма такива, тяхното поведение остава хаотично, неорганизирано и непродуктивно. ХАДВ е нарушение на продуктивността – количеството актове или действия, реализирани за единица време. Тяхната продуктивност е оскъдна, но в случаите, когато успяват да извършват една дейност докрай в рамките на 80%, качеството на изпълнение е добро. Ето защо, когато специалистите и въобще лицата наоколо предизвикват определена реакция у лицата с ХАДВ, тяхното поведение е много близко или равнозначно на приеманото за нормално. И всъщност при тях проблем са не последствията от това, което правят, а закъснението и отлагането във времето на тези последствия и резултати, което означава, че техните намерения в един момент просто излизат от пределите на работната памет (без да искат, такива хора неусетно забравят какво са искали да направят) и нещо друго обикновено нерелевантно, но неизискващо усилие, заема мястото и изтласква автентичните им намерения и решения.

Библиография

- Al Dahhan, N. Z., Georgiou, G. K., Parrila, R., & Kirby, J. R.** (2022). Dissociating executive function and ADHD influences on reading ability in children with dyslexia. *Cortex*, *152*, 47–62.
- Barkley, R. A.** (1997a). Attention-deficit/hyperactivity disorder, self-regulation, and time: Toward a more comprehensive theory. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *18*, 271–279.
- Barkley, R. A.** (1997b). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*, 65–94.
- Barkley, R. A., Grodzinsky, G., & DuPaul, G. J.** (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *20*, 163–188.
- Barkley, R. A.** (2018). *Taking charge of ADHD: The complete authoritative guide for parents*. New York, NY: Guilford Press.
- Drechsler, R., Rizzo, P., & Steinhausen, H. C.** (2008). Decision-making on an explicit risk-taking task in preadolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Neural Transmission*, *115*, 201–209.
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D.** (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, *46*, 43–51.
- Egeland, J., Johansen, S. N., & Ueland, T.** (2010). Do low-effort learning strategies mediate impaired memory in ADHD? *Journal of Learning Disabilities*, *43*, 430–440.
- Fleming, M., Fitton, C. A., Steiner, M. F. C., McLay, J. S., Clark, D., King, A., et al.** (2017). Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatrics*, *171*(7), e170691.
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W.** (2016). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, *40*(1), 49–65.
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., et al.** (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(3), 451–462.
- Loe, I. M., & Feldman, H. M.** (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, *7*(1 Suppl), 82–90.
- Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Leite, W. B., Correa, H., & Bechara, A.** (2007). Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: Characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *13*, 693–698.
- Matthies, S., Philipsen, A., & Svaldi, J.** (2012). Risky decision making in adults with ADHD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43*, 938–946.

Willcutt, E. G., Betjemann, R. S., McGrath, L. M., Chhabildas, N. A., Olson, R. K., DeFries, J. C., & Pennington, B. F. (2010). Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: The case for multiple-deficit models. *Cortex*, 46, 1345–1361.

Zendarski, N., Sciberras, E., Mensah, F., & Hiscock, H. (2017). Academic achievement and risk factors for adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder in middle school and early high school. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 38(6), 358–368.

ДИАГНОСТИКА НА ГОВОРНИТЕ НАРУШЕНИЯ НА РАЗВИТИЕТО: ТЕСТОВА БАТЕРИЯ ЗА ОРАЛНИ МОТОРНИ СПОСОБНОСТИ (ТОМС)

Елена Бояджиева-Делева
Софийски университет „Св. Климент Охридски“
e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Резюме: Детският говор и нарушенията му са един от клоновете на предмета на логопедията. Три говорни нарушения се разглеждат в съпоставителен план в западноевропейските и американските класификации (на моторните говорни нарушения и нарушенията на звукопроизношението): артикулационни нарушения, дизартрия на развитието и детска говорна апраксия. Съотнасянето на клиничната им картина с привидно сходни нарушения търси обяснения за двупосочните взаимодействия между фонетичните и фонологичните аспекти на говорния звук в контекста на патологията. Въпреки че трите нарушения са с различна етиопатогенеза, обединяващ фактор е устойчиво засегнатата разбираемост на говора, проявяваща се в различна степен. Създаването на диагностични инструменти в областта на логопедията, отговарящи на психометричните показатели за качества и начин на използване, е ниша в българската научна и изследователска практика. Стандартизираните (нормативни или критериално-ориентирани) инструменти, създадени специално за българските език и условия, са единици. Използват се някои преведени и адаптирани тестове за скрининг и диагностика, но независимо от това количеството надеждни и валидни инструменти, достъпно на българските логопеди, е критично ниско. *Целта на доклада* е да представи процеса на разработване и стандартизиране на авторска батерия за изследване на говора и нарушенията му под названието Тест за орални моторни способности (ТОМС). Батерията е насочена към цялостна, критериално ориентирана и функционална оценка на говора, фонетичните и фонологичните процеси на всички равнища на изява, както и на моториката на устната кухина извън говора. Батерията е разработена спрямо 212 деца на възраст между 5;0 и 7;6 г, разпределени в четири групи: с типично говорно развитие, с артикулационни нарушения, с дизартрия и с предполагаема говорна апраксия. Описват се процедурите по стандартизация на батерията: тест-ретест, експертна оценка, контент и айтем анализ. В резултат ТОМС има отлични показатели за валидност (айтемна консистентност α на Кронбах = .852; съдържателна валидност коефициент на Лоши = 1), надеждност (корелационни коефициенти на Пирсън със стойности над 0.90 при равнище на значимост 0.001), икономичност и обективност.

Ключови думи: диагностика, детска говорна апраксия, дизартрия, артикулационни нарушения, фонологични нарушения

DIAGNOSING DEVELOPMENTAL SPEECH DISORDERS: TEST BATTERY FOR ORAL MOTOR SKILLS (TOMS)

Elena Boyadzhieva-Deleva
Sofia University "St. Kliment Ohridski"
e.deleva@fppse.uni-sofia.bg

Abstract: Children's speech and its disorders are one of the branches of the subject of speech and language pathology. Three speech disorders are considered in a comparative plan in the Western European and American classifications (of Motor speech disorders and Speech sound disorders): articulation disorders, developmental dysarthria and childhood apraxia of speech. The correlation of their clinical picture with seemingly similar disorders seeks explanations for the two-way interactions between the phonetic and phonological aspects of speech sound in the context of pathology. Although the three disorders have different etiopathogenesis, the unifying factor is the persistently affected speech intelligibility, manifested to varying degrees. The creation of diagnostic tools in the field of speech and language pathology, corresponding to the psychometric indicators of quality and method of use, is an empty area in the Bulgarian scientific and research practice. The standardized (normative or criterion-oriented) instruments, created especially for the Bulgarian language and conditions, are few. Some translated and adapted tests for screening and diagnostics are used, but nevertheless the amount of reliable and valid tools available to Bulgarian speech therapists is critically low. *The purpose of the report* is to present the process of developing and standardizing an author's battery for the study of speech and its disorders called the Test of Oral Motor Skills (TOMS). The battery is aimed at comprehensive, criterion-oriented and functional assessment of speech, phonetic and phonological processes at all levels of expression, as well as the oral motor skills outside speech. The battery was developed for 212 children aged between 5;0 and 7;6 years, divided into four groups: with typical speech development, with articulation disorders, with dysarthria and with suspected childhood apraxia of speech. The procedures for battery standardization are described: test-retest, expert evaluation, and content and item analysis. As a result, TOMS has excellent indicators of validity (Cronbach's item consistency $\alpha = .852$; validity Loshy's coefficient = 1), reliability (Pearson's correlation coefficients with values above 0.90 at a significance level of 0.001), economy and objectivity.

Key words: diagnose, childhood apraxia of speech, dysarthria, articulation disorders, phonological disorders

Въведение

Устойчивозасегнатата разбираемост на говора, проявяваща се в различна степен, е обединяващ фактор за съпоставителен анализ на три говорни нарушения: артикулационни нарушения, дизартрия на развитието и детска говорна апраксия. Въпреки че те са с различна етиопатогенеза, в някои западноевропейски и американски класификации съотнасянето на клиничната им картина с тази на привидно сходни нарушения търси обяснения за двупосочните взаимодействия между фонетичните и фонологичните аспекти на говорния звук в контекста на патологията. Нарушеното звукопроизношение може да се приеме за обединяващ критерий само в случай, че се дискутира и допълнително се изясни подлежащият характер на наблюдаваната патология (от невротрансмисионен, праксисен, биомеханичен, езиков или неясен произход). Подобно изясняване е възможно в хода на оценяването на говора в детска възраст и диагностиката на говорните нарушения. По време на този процес се търси покриването на основни маркери на развитието, както и диференцирането на говорни от езикови симптоми с привидна прилика на равнището на продукцията.

Създаването на диагностични инструменти в областта на логопедията, отговарящи на психометричните показатели за качества и начин на използване, е ниша в българската научна и изследователска практика. Стандартизираните (нормативни или критериално-ориентирани) инструменти, създадени специално за българските език и условия, са единици. Използват се някои преведени и адаптирани тестове за скрининг и диагностика, но независимо от това количеството надеждни и валидни инструменти, достъпно на българските логопеди, е критично ниско.

Разработването на скринингови и на диагностични инструменти за моторни говорни нарушения, които трябва да покрият определени психометрични стандарти, се изправя пред няколко предизвикателства (McCauley, Strand, 2008: 81): говорните нарушения са динамични и се изясняват по различен начин през отделните етапи от детското развитие, като зависят от редица фактори; обяснението за същността на някои говорни моторни нарушения при деца е дискуссионно; оценяването на индивидуално вариативни поведения, за които няма установен „златен стандарт“, прави трудно изследването на отделни способности. Това са аргументи, на чиято основа може да се приеме, че съставянето на критериални инструменти за диагностика на моторни

говорни нарушения и за нарушения на артикулацията изобщо е по-целесъобразно от разработването на нормативни тестове. Качество на критериално ориентираните батерии е, че те могат да очертаят много по-прецизно състоянието на говора в неговата динамика, като същевременно улесняват терапевтичното планиране.

Постановка на изследването

Целта на доклада е да представи процеса на разработване и стандартизиране на авторска батерия за изследване на говора и нарушенията му под названието Тест за орални моторни способности (ТОМС). Батерията е насочена към цялостна, критериално ориентирана и функционална оценка на оралната моторика за хранене и говор, оралния и артикулаторния праксис и артикулацията във всички равнища на сложност, с анализ на фонетичните и фонологичните процеси на говора на всички равнища на изява.

Предназначение

ТОМС е предназначен за диагностично оценяване при деца на възраст между 5 и 7;6 години с нарушено звукопроизношение и намалена разбираемост на говора. При необходимост някои протоколи могат да се прилагат самостоятелно за скринингово изследване. ТОМС може да се използва също така и за проследяване на напредъка на терапията, както и за терапевтично планиране.

Дизайн и съдържание

ТОМС е структуриран в три субтеста и два претеста. Дизайнът на батерията отразява съдържанието на собствено дефинираното понятие за орални моторни способности (вж. Бояджиева-Делева, 2022). Всеки субтест включва по 6 проби, съдържащи по 10 задачи на субтест. Общият брой айтеми е 71. За всеки субтест има отделни бланки със стимулния материал и отделни протоколи за регистрация на резултатите. Претестовете са насочени към събиране на анамнестична информация и оценка на говорната перцепция и фонологичното осъзнаване. Субтест 1 оценява структурите на устната кухина (чрез оглед) и техните елементарни двигателни и праксисни функции. В Субтест 2 чрез структурирани въпросници се оценяват оромоториката и оросензориката, свързани с храненето и механизмите му. Субтест 3 съдържа задачи с нарастваща сложност, чиято цел е да анализират

всички равнища на сложност на говора (изолирани звукове, срички, думи, изречения и свързано изказване) и на подкрепа на продукцията (автоматизирани редици, повторение и назоваване, диалогична и монологична реч с подкрепа). Включена е проба за говорно дишане, фонация и прозодика. Разпределението на стимулните единици в ТОМС е представено в Таблица 1.

Табл. 1. Количествен контент анализ на ТОМС

| | |
|--|------------|
| Общ брой стимулни единици: | 163 |
| от тях изолирани звукове | 31 |
| изолирани срички | 3 |
| клъстър в рамките на думата | 58 |
| глайдирани комбинации в рамките на думата | 21 |
| думи: | 129 |
| - от тях в автоматизирани редове | 10 |
| - за повторение | 56 |
| - за назоваване | 63 |
| Разпределени по части на речта | |
| съществителни | 110 |
| глаголи | 4 |
| прилагателни | 3 |
| числителни | 10 |
| наречия | 1 |
| местоимения | 1 |
| Разпределени според дължината на думата | |
| едносрични | 30 |
| двусрични | 68 |
| трисрични | 15 |
| четирисрични | 8 |
| петсрични | 5 |
| шестсрични | 1 |
| седемсрични | 1 |

Извадка

Извадката включва 212 деца на възраст между 5;0 и 7;6 години, разпределени в четири основни групи: една от деца с типично развитие (приемана за нормативна, или контролна група) и три

клинични групи (приемани за експериментални групи): деца със специфични артикулационни нарушения, деца с дизартрия и деца с предполагаема говорна апраксия. При подбора на децата за всяка от групите са използвани данни за поставена логопедична диагноза (по документация или чрез директен контакт с водещия логопед) и са прилагани определени критерии за групова принадлежност. Разпределението им по пол е равномерно: 46% мъже спрямо 54% жени. ТОМС е първично апробиран на извадка от 82 деца.

Надеждност

За доказване на надеждността на ТОМС е избран методът тест-ретест. За децата, влизащи в състава на извадката, е избран период от 4 седмици между тест и ретест.

Получените корелационни коефициенти са изключително високи, всички със стойности над 0.90 при равнище на значимост 0.001. Това показва отличен резултат на проверката на надеждността. Повтореният корелационен анализ за някои от айтемите с непълно съвпадение на коефициентите показва, че няма статистически значима разлика между получените резултати от теста и ретеста и дава основание да се твърди, че ТОМС е надежден инструмент.

Валидност

Оценяването на съдържателната валидност на критериално ориентиран инструмент дава доказателства с по-скоро логически, отколкото статистически характер (Каплан, Сакъзо, 2013: 159). За да отговори на оперативната дефиниция за валидност на критериално ориентиран инструмент, за ТОМС са спазени следните процедури: детайлно и подробно описание на начина на разработване; подробно описание и уточняване на методите, използвани за избор на тестовото съдържание; прилагане на айтем-анализ; пълно описание на участниците в изследването; доклад от експертна оценка на тестовото съдържание.

Процедурата по избор на стимулното съдържание на субтестовете е извършена при спазване на следните изисквания и принципи: отчитане на закономерностите и особеностите на българския език с оглед на фонетиката и фонологията; отчитане на честотата на думите в българския език, характерна за целевата възраст; отчитане на нормите и етапите на развитие на артикулацията и фонологията, посочени за

български деца; спазване на принципа на икономичност при подбора на стимулен материал за някои от айтемите на Субтест 3; спазване на принципа за включване на достатъчно на брой стимулни ситуации, които да провокират произнасянето на даден целеви звук; спазване на изискванията за качествата на изображенията, предназначени за деца от предучилищна възраст. Статистическият анализ е извършен чрез пакета IBM SPSS.

Айтемната консис

тентност е проверена чрез изчисление на коефициент алфа на Кронбах при равнище на значимост 0.01. Получените резултати са много добри и показват висока консистентност на айтемите във всеки субтест и в батерията като цяло: 0.951 за Субтест 1, 0.682 за Субтест 2 и 0.922 за Субтест 3 и 0.852 за цялата батерия. Високата айтемна консистентност е предпоставка за доказване на висока съдържателна валидност. Същевременно това е показател, който допълва доказателствата за надеждност.

Съдържателната валидност е проверена по метода на експертните оценки. За целта е създадена анкетна карта с 26 твърдения, оценявани по метода на 5-степенната Ликертова скала. Твърденията са разпределени в три основни области: А. Съдържателна и критериална валидност (съдържа 16 от твърденията), Б. Трудност и хомогенност на задачите/айтемите (7 твърдения) и В. Структурна валидност (3 твърдения). Картата е предложена за оценка на 7 експерти с доказан опит в областта на диагностиката и терапията на моторните говорни нарушения в детска възраст. За оценяване на резултата е приложен коефициента на Лоши, чиято стойност от 1.0 показва максимална степен на постигане на съдържателна валидност.

Икономичност

Времето, необходимо за пряка администрация на теста отнема между 40 и 60 минути според равнището на сътрудничество на детето. Има възможност за електронно попълване на претест-анамнеза, а в случай на провеждане на беседа с родител са необходими между 10 и 20 минути. Субтест 2 също може да се осигури чрез попълване от родител или специалист в домашни условия, като събирането на данните в директно диагностично интервю отнема около 20 минути.

Заклучение

Независимо, че ТОМС е критериално ориентирана диагностична батерия, процедурите по нейното разработване спазват изискванията за доказване на валидност, надеждност и икономичност. Нейното използване може отчасти да посрещне потребността на практикуващите логопеди у нас от такива инструменти.

Библиография

- Бояджиева-Делева, Е.** (2022). *Диагностика на говора и нарушенията му в детска възраст*. Варна: Стено.
- Каплан, Р. М., Сакъзо, Д. П.** (2013). *Психологическо тестиране. Принципи, приложения и проблеми* (седмо издание). София: Изток-Запад.
- McCauley, R. J., Strand, E. A.** (2008). A review of standardized tests of nonverbal oral and speech motor performance in children. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 81–91.

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В ЛОГОПЕДИЧНАТА ПРАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ НА ДИЗАРТРИЯ

Радостина Костова
Югозападен университет „Неофит Рилски“
radostina.kostova@swu.bg

Елена Янева
Югозападен университет „Неофит Рилски“
e.yaneva.logo@gmail.com

Резюме: Дизартрията е моторно-речево нарушение с неврологична етиология, което засяга артикулацията, фонацията, резонанса, прозодиката и дишането и оказва съществено влияние върху комуникативните възможности и качеството на живот на засегнатите лица. Въпреки клиничната ѝ значимост, диагностиката и терапията на дизартрията продължават да представляват предизвикателство за логопедичната практика, особено в контекста на ограничената наличност на стандартизирани диагностични инструменти, адаптирани за българската езикова и културна среда.

Целта на настоящото изследване е да се проучат предизвикателствата, пред които са изправени логопедите в България при диагностиката и терапията на дизартрия, както и да се изследват използваните диагностични подходи, честотата на срещаните случаи и нагласите към прилагането на телепрактика. Методът на изследване включва електронна анкета, разработена чрез Google Forms, проведена в периода април 2022 г., в която участват 116 респонденти – дипломирани логопеди и студенти по логопедия. Анализът в доклада е фокусиран върху отговорите на 92 дипломирани логопеди.

Резултатите показват ниска честота на случаи с дизартрия в логопедичната практика, като най-често се среща дизартрия на развитието. Установява се, че преобладаващата част от логопедите използват нестандартизирани диагностични методи и отчитат липсата на надеждни и обективни инструменти като съществена пречка при планирането и проследяването на терапията. Данните от изследването подчертават необходимостта от разработване и адаптиране на стандартизирана диагностична батерия за дизартрия, както и от повишаване на достъпа до специализирани обучителни ресурси.

Ключови думи: дизартрия, логопедична диагностика, стандартизирани тестове, логопедична терапия, телепрактика

CHALLENGES FACED BY SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS IN THE ASSESSMENT AND THERAPY OF DYSARTHRIA

Radostina Kostova
South-West University "Neofit Rilski"
radostina.kostova@swu.bg

Elena Yaneva
South-West University "Neofit Rilski"
e.yaneva.logo@gmail.com

Abstract:

Problem Statement: Dysarthria is a motor speech disorder that can affect articulation, resonance, phonation, prosody, and breathing. It can occur in both children and adults. Dysarthria is caused by a central or peripheral neurological disorder. Dysarthria can have profound negative effects on individuals' ability to communicate. It has a significant impact on the individual development, social interaction and quality of life. The prevalence of dysarthria is insufficiently studied. Publications in the field show that 33-63% of children with cerebral palsy (CP) experience motor-speech impairment.

Purpose of Study: The main purpose of the present study is to gain an overview of the challenges faced by speech and language therapists in the assessment and therapy of dysarthria. The motive for conducting this study is the alleged lack and need of standardized diagnostic tests adapted in Bulgarian language. The implementation of adequate therapy is related to the precise assessment, and for the manifestations of the dysarthria disorder in childhood, outside the cerebral palsy syndrome, the differential diagnosis is crucial.

Methods: Following the purpose of the study an electronic questionnaire was prepared. It aims to gather information about the professional experience of respondents, incidence of dysarthria case they work with, the assessment tools they use, the therapeutic approaches they follow and their opinion on the effectiveness of telepractice in dysarthria. The survey was developed as an electronic questionnaire in Google Forms. It was conducted in the period between 11.04.2022 and 22.04.2022.

Finding and Results: A total of 116 speech and language therapists and students in Logopedics took part in the survey. The largest percentage of respondents were females 97.4% and only 2.6% males. The results of all graduate speech and language therapists were analyzed, regardless of whether they are practitioners or not. There was a lack of standardized methods for assessment of dysarthria in children and adults, most respondents believe that the lack of reliable tools

also affects the assessment and development of the therapeutic plan. **Conclusions and Recommendations:** Based on the conducted survey and the result, we can conclude that incidence of dysarthria cases in SLT's practice in Bulgaria is very low. Some of the participants share that they have never worked with clients with this type of communication disorder. However, the need to develop a standardized test battery for the assessment of dysarthria remains an indisputable fact.

Keywords: dysarthria, speech and language therapy, assessment, standardized tests, telepractice

Въведение

Дизартрията е речево моторно нарушение, което може да засегне артикулацията, резонанса, фонацията, прозодиката и дишането. Може да се появи както при деца, така и при възрастни, и се причинява от централно или периферно неврологично разстройство, което намалява разбираемостта на речта поради слаб, неточен, бавен и/или некоординиран мускулен контрол. Въздействието на дизартрията надхвърля комуникацията и засяга психосоциалното функциониране. Тя може да има дълбоки последици върху способността на лицата да общуват. Това дава съществено отражение върху развитието на индивида, социалното му взаимодействие и качеството на живот (Mitchell, Bowen, Tyson, Butterfint & Congou, 2017). Разпространението на дизартрията е недостатъчно проучено. В детска възраст церебралната парализа (ДЦП) представлява една от най-важните причини за дизартрия, като 90 % от децата с ДЦП показват признаци на нарушена реч. За дизартрия, придобита в зряла възраст, традиционно се приема, че в зависимост от местоположението на лезията говорните симптоми се групират в перцептивно диференцирани, характерни модели (Schölderle, Haas & Ziegler, 2021).

Цел на изследването

Основната цел на настоящото изследване е да проучи предизвикателствата, пред които са изправени логопедите в диагностиката и терапията на дизартрия. Мотивът за провеждането на това проучване е предполагаемата липса на стандартизирани тестове за диагностика, адаптирани на български език, и нуждата от тях. Провеждането на адекватна терапия е пряко обвързано с прецизната диагностика, като за проявите на нарушението дизартрия в детска възраст, извън синдрома на ДЦП, ключова е диференциалната диагностика.

Метод

Проведено бе проучване под формата на електронен въпросник – Google Forms. Участниците можеха да попълнят онлайн анкета с помощта на компютър или мобилно устройство (таблет или смартфон). Анкетата бе с отворен достъп, което позволяваше на всеки, който има уеб адреса на анкетата, достъп през времето, когато анкетата бе активна – от 11.04.2022 г. до 22.04.2022 г.

Анкетата започваше с инструкции и информация за целите на анкетното проучване, последвани от въпроси, които могат да бъдат обособени в 8 подтеми:

1. Лична информация: пол, възраст, образование, професионален опит.
2. Демографска информация: териториална област, в която практикува.
3. Честота на случаите с дизартрия: тип дизартрия, с които най-често се сблъскват, и съотношение на случаите с дизартрия спрямо останалите, с които работят.
4. Достъп до стандартизирани тестове за диагностика. Мнение относно необходимостта от използването на стандартизирани тестове и нуждата от тях. Диагностичните процедури, които се използват, и какво е необходимо да включват.
5. Възможността за приложение на телепрактика при диагностика и терапия на лица с дизартрия.
6. Необходимостта от приложението на ДАК.
7. Начините, по които логопедите и студентите по логопедия получават допълнителни знания и умения относно комуникативното нарушение дизартрия.
8. Допълнителна информация, включваща два допълнителни въпроса, насочени към събиране на информация относно методите, които използват логопедите, както и всякаква допълнителна информация, която според тях е интересна и необходима.

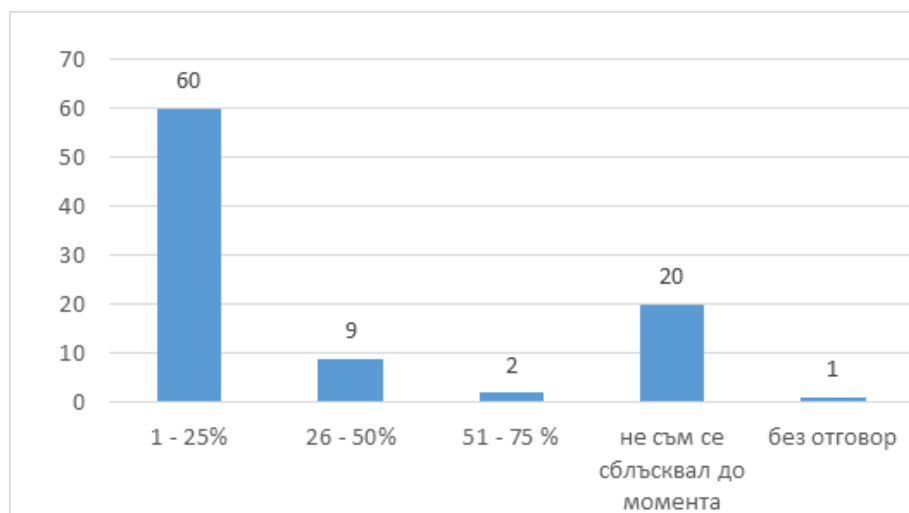
Съдържанието на анкетата е базирано на проучване, проведено в различни бази данни, съдържащи научнобазирана литература и представящи различни проучвания по темата, реализирани в страни от Европа и САЩ.

Резултати

В анкетното проучване участие взеха общо 116 души, от които 92 дипломирани логопеди и 24 студенти по логопедия. В настоящия доклад ще бъдат анализирани резултатите само на дипломираните логопеди. Най-голям процент от практикуващите логопеди посочват, че имат завършена образователно-квалификационна степен (ОКС) магистър (n = 52; 57 %), 33 души посочват, че имат завършена ОКС бакалавър, а най-малък брой са лицата, които са посочили, че имат завършена най-високата образователна степен по логопедия в България – доктор (n = 3). Изборът ни да бъдат анализирани резултатите само на дипломираните логопеди бе повлиян от мнението ни, че вероятността да получим по-обективна информация е по-голяма. Това наше мнение се затвърди и с големия брой практикуващи логопеди, включени в анкетното проучване (n = 92; 89 %).

По отношение на професионалния опит близо 1/3 от анкетиранията лица упражняват професията логопед повече от 10 години, което ни дава основание да смятаме, че отговорите, получени от тях, са обективни и повлияни от трудностите, с които са се сблъскали, или уменията, които са придобили през тези години. Най-голям процент от логопедите практикуват в училища – 27 % (n = 25), 16 % са частно практикуващи, 9 % работят в заведения за социални услуги (напр. ДМСГД, ЦРСИ, ДЦДУ и др.), а останалите участници са посочили като месторабота детски градини, ресурсни центрове, здравни заведения, университети, както и съчетание между повече от едно от изброените възможни работни места.

Фиг. 1. Честота на проява на дизартрия в практика на анкетираните логопеди



На въпроса „Колко процента от случаите, с които сте работили, са били с дизартрия?“ резултатът, който получихме, показва, че случаите с това нарушение не се срещат толкова често в логопедичната им практика. Само двама от логопедите посочват, че повече от 50 % от случаите им в практиката са били с дизартрия (вж. Фиг. 1). Въпреки че това комуникативно нарушение присъства при много неврологични заболявания, неговата актуална честота и разпространение не са напълно известни. В научнобазираната литература по логопедия е възможно да се проследи разпространението на дизартрия при различните неврологични заболявания, които могат да доведат до появата ѝ (ASHA, 2022).

Тъй като настоящата анкета цели да отговори на въпроса пред какви предизвикателства са изправени логопедите при диагностиката и терапията на дизартрия, от изключителна важност бе въпросът, свързан с това дали в практиката си те се сблъскват с лица с дизартрия и с кой тип. На Фиг. 2 са представени резултатите от отговорите им. От посочените отговори става ясно, че най-голям процент от логопедите се сблъскват с дизартрия на развитието – 48 %, на второ място по процент – 28 % са логопедите, които заявяват, че нямат случаи на дизартрия в практиката си. Най-малък процент – 11 % – са посочили, че имат случаи както на дизартрия на развитието, така и на придобита дизартрия. Като

цяло може да се обобщи, че в практиката си повечето анкетирани лица работят по-често с дизартрия на развитието, което вероятно се дължи на факта, че повечето от тях работят в училища, ресурсни центрове, детски градини и други заведения, които се посещават повече от деца, отколкото от възрастни.

Фиг. 2. Разпространение на типовете дизартрия в логопедичната практика



Въпреки малкия процент логопеди, които споделят, че не са се сблъскали с дизартрия или са имали възможност да работят само с дизартрия на развитието, като положителен елемент от анкетното проучване отчитаме увереността, която те потвърждават чрез отговора си на въпроса „Чувствате ли се уверени и смятате ли, че можете да отличите основните симптоми, характерни за дизартрия в детска възраст“ – 77 % са отговорили с „да“.

Редица автори като Gurevich et al. (2017), Collins & Bloch (2012), King et al. (2012), Miller et al. (2011) провеждат проучвания сред логопеди в различни страни, като Великобритания и САЩ, с цел да изследват какви методи за диагностика използват най-често в практиката си и дали залагат на стандартизирани или нестандартизирани методи за диагностика. Получените от тях резултати съответстват с резултатите от настоящото анкетно проучване, а именно че при диагностика на дизартрии по-често не се използват стандартизирани методи. Голяма част от логопедите посочват, че използват нестандартизирани методи

за диагностика и не са задължени от своите работодатели да прилагат стандартизирани инструменти. Подобно проучване, проведено в САЩ (Gurevich et al., 2017) сред практикуващи логопеди, показва, че основната причина да не се използват наличните диагностични тестове за оценка на дизартрия е времето, което отнема самата диагностика, както и цената на предлаганите продукти. Това от своя страна би довело до невъзможност да се проследи ефективността на прилаганата логопедична терапия.

От отговорите на един от отворените въпроси „Какви методи за диагностика на дизартрия използвате в практиката си?“ не успяхме да получим информация за нито един стандартизиран тест, който да се използва от анкетираните лица. Бяха описани само различни методи, които залагат предимно на оглед на артикулационния апарат, неврологични проби, както и проби, описвани в руската литература, като тези на Мастюкова, Винарская и др.

В литературата по логопедия в България не успяхме да открием разработен метод за диагностика на дизартрия, което се потвърждава и от резултатите, получени от анкетираните лица. В Таблица № 1 бяха систематизирани всички тестове, открити в различни статии, публикувани у нас или в чужбина, като най-често цитираният тест е Frenchay Dysarthria Assessment (Enderby, Palmer, 2008). Нестандартизираните методи, които открихме в литературата, са фокусирани върху оценка на отделни компоненти – артикулация, резонанс, фонация, дишане, прозодика, темп, ритъм и разбираемост. Получените резултати от анкетното проучване потвърждават хипотезата ни за необходимостта от изготвянето на стандартизиран метод за диагностика на дизартрия, което се затвърждава и с отговора на въпроса „Смятате ли, че липсата на обективни методи за диагностика на дизартрия би повлияла негативно върху избора на подходящи методи за терапия“, като около 92 % от логопедите са дали положителен отговор.

Таблица 1. Стандартизирани методи за диагностика на дизартрия

| Име на теста | Автор/ Година на публикуване |
|---|---|
| Frenchay Dysarthria Assessment | Enderby and Palmer / 2008 |
| Dysarthria Profile | Robertson / 1982 |
| Assessment of Intelligibility of Dysarthric Speech | Yorkston and Beukelman / 1981 |
| Dysarthria Impact Profile | Walshe et al. / 2009 |
| Bogenhausen Dysarthria Scales (BoDyS) | (Ziegler et al., 2018) |
| Radboud Dysarthria Assessment (RDA) | Department of Rehabilitation of the Radboud University Medical Centre/ 2007 |

През последните години логопедите в България и лицата с комуникативни нарушения бяха изправени пред едно от най-големите предизвикателства – пандемията от COVID-19. Това оказва влияние върху начина на работа на голяма част от логопедите, които бяха принудени да прибегнат до използването на телепрактиката. Изхождайки от тази ситуация, решихме да зададем и въпрос, свързан с това до каква степен, според тях, телепрактиката е приложима при лица с дизартрия. Отговорите, които получихме, затвърждават мнението, че телепрактиката е приложима, но повечето респонденти са на мнение, че тя е по-подходяща по отношение на терапията, отколкото на диагностиката. Търсейки отговор на този въпрос в научнобазираната литература, открихме систематизирани прегледи „Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review“ (Weidner & Lowman, 2020) и „The Efficacy of Telepractice in the Assessment and Treatment of Speech Disorders: A Systematic Review“ (Cooley, Thompson & Glover, 2019), които доказват ползата и ефективността от приложението на телепрактиката по отношение на диагностиката и терапията при различни комуникативни нарушения, засягащи речта и езика, в това число и дизартрия (Cherney & van Vuuren, 2012).

Заклучение

Като цяло получените резултати подкрепят заложената от нас хипотеза, че малка част от логопедите използват стандартизирани методи за диагностика на дизартрии, и дават допълнителна представа за тази

тенденция и възможните причини за нея. Предишни проучвания установяват, че логопедите в редица държави предпочитат нестандартизирани или неформални средства за диагностика и ги използват по-често (Collins & Bloch, 2012; King et al., 2012; Miller et al., 2011). Като причини в тези проучвания изследователите посочват ограничено време, ограничено финансиране, намалена наличност на ресурси и общо недоволство от съществуващите инструменти. Предложените решения включват по-добро образование, подобрен достъп до инструменти и създаване на нови инструменти.

Библиография

- Cherney, L. R., & van Vuuren, S.** (2012). Telerehabilitation, virtual therapists, and acquired neurologic speech and language disorders. *Seminars in Speech and Language*, 33(3), 243–257.
- Collins, J., & Bloch, S.** (2012). Survey of UK speech and language therapists' assessment and treatment practices for people with progressive dysarthria. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47, 725–737.
- Cooley, E., Thompson, J., & Glover, J.** (2019). The efficacy of telepractice in the assessment and treatment of speech disorders: A systematic review. *Communication Sciences and Disorders: Systematic Review Publications*, 7.
- Dysarthria in adults.** (n.d.). *American Speech-Language-Hearing Association*. Последно посещение на 29.05.2022.
- Enderby, P., & Palmer, R.** (2008). *Frenchay Dysarthria Assessment*. Austin, TX: PRO-ED.
- Gurevich, N., & Scamihorn, S.** (2017). Speech-language pathologists' use of intelligibility measures in adults with dysarthria. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26, 873–892.
- King, J., Watson, M., & Lof, G. L.** (2012). Practice patterns of speech-language pathologists assessing intelligibility of dysarthric speech. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 20, 1–16.
- Miller, N., Deane, K. H., Jones, D., Noble, E., & Gibb, C.** (2011). National survey of speech and language therapy provision for people with Parkinson's disease in the United Kingdom: Therapists' practices. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46, 189–201.
- Mitchell, C., Bowen, A., Tyson, S., Butterfint, Z., & Conroy, P.** (2017). Interventions for dysarthria due to stroke and other adult-acquired, non-progressive brain injury. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD002088.
- Schölderle, T., Haas, E., & Ziegler, W.** (2021). Dysarthria syndromes in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 63(4), 444–449.
- Weidner, K., & Lowman, J.** (2020). Telepractice for adult speech-language pathology services: A systematic review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 326–338.

ПРИЛАГАНЕ НА МЕЛОДИЧНА ИНТОНАЦИОННА ТЕРАПИЯ ПРИ ЛИЦА С НЕПЛАВНА АФАЗИЯ

Елка Горанова

Югозападен университет „Неофит Рилски“
elkalogo@swu.bg

Василиос Венетис

Югозападен университет „Неофит Рилски“

Резюме: България е една от водещите държави в света по заболеваемост и смъртност от мозъчносъдови заболявания. Въпреки че „Националният консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания“, приет от Българското дружество по неврология, препоръчва ранна когнитивна и езикова рехабилитация от клиничен невропсихолог и/или логопед, в практиката все още се наблюдава недостиг на логопеди в неврологичните отделения и рехабилитационните центрове, както и липса на официално утвърдени терапевтични методи за работа с лица с афазия. Целта на настоящото емпирично изследване е да се докаже, че мелодичната интонационна терапия (МИТ) може да бъде успешно приложена за подобряване на устната реч и комуникацията при пациенти с неплавна афазия. В изследването са включени шест лица с тежка неплавна афазия вследствие на мозъчносъдови и други неврологични заболявания. Оценката на речевите характеристики е извършена преди и след терапевтичното въздействие чрез Бостънския тест за диагностика на афазията. Резултатите от Wilcoxon Signed Rank Test показват наличие на прогресивна тенденция и положителна динамика в езиковото и говорното продуциране след прилагането на терапията. Получените данни потвърждават, че МИТ има статистически значим положителен ефект върху речта и комуникативните умения на изследваните лица. Терапията се утвърждава като ефективен подход за работа с тежки форми на моторна (неплавна) афазия, като допринася не само за подобряване на речевия процес, но и за социалната адаптация на пациентите.

Ключови думи: неплавна афазия, мелодична интонационна терапия, речева рехабилитация, комуникация, инсулт

APPLYING MELODIC INTONATION THERAPY TO PERSONS WITH NONFLUENT APHASIA

Elka Goranova
South-West University "Neofit Rilski"
elkalogo@swu.bg

Vasilios Venetis
South-West University "Neofit Rilski"

Abstract:

Problem Statement: Bulgaria is among the leading countries worldwide in terms of morbidity and mortality from cerebrovascular diseases. Although the "National Consensus for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Cerebrovascular Diseases," adopted by the Bulgarian Society of Neurology, recommends early cognitive and language rehabilitation by a clinical neuropsychologist and/or speech therapist, there is still a shortage of speech therapists in neurological departments and rehabilitation centers involved in complex recovery, as well as a lack of formally established therapeutic methods for persons with aphasia.

Purpose of the Study: The main aim of this empirical study is to demonstrate that melodic intonation therapy (MIT) can be successfully applied to improve oral speech and communication in patients with nonfluent aphasia.

Methods: The Assessment of Aphasia and Related Disorders – Boston (1983; Mavlov et al., 1995) and Melodic Intonation Therapy for Aphasia (Sparks & Holland, 1976) were used.

Results: The Wilcoxon Signed Rank Test confirms a progressive trend and positive dynamics after the end of therapy. Based on the results obtained using the statistical package PRISM 3.0, with a p-value of $P < 0.0156^*$ ($p \leq 0.05$), a moderate statistically significant relationship was established between language and speech production before and after therapy.

Conclusion: MIT is emerging in practice as an approach for treating severe forms of motor (nonfluent) aphasia. The therapy is characterized by the use of melodic elements of language—tempo, rhythm, and stress—to improve patients' communication skills after therapy. MIT has a positive effect not only on speech production in persons with aphasia but also on their communication and, respectively, their socialization. All six individuals with nonfluent aphasia included in the study showed positive outcomes after the application of MIT.

Keywords: nonfluent aphasia, melodic intonation therapy

Въведение

България е на едно от първите места в света по заболеваемост и смъртност от мозъчно-съдови заболявания. Според данни на Българското дружество по неврология (2020) „...в България се регистрират годишно около 82 398 случая с мозъчно-съдови болести (МСБ), от които около 40 000 са с мозъчен инсулт. От тях 8 000 болни завършват с летален изход, а 28 600 преживяват мозъчния инсулт с различна степен на инвалидност. От преживелите мозъчни инсулти 25–50% са с афазия и/или други речево-говорни нарушения, а около 50% са с когнитивни нарушения, достигащи до съдова деменция. При половината от тях тези инвалидизиращи нарушения остават трайни. Това нарушава качеството им на живот“ (Миланов и кол., 2020: 7).

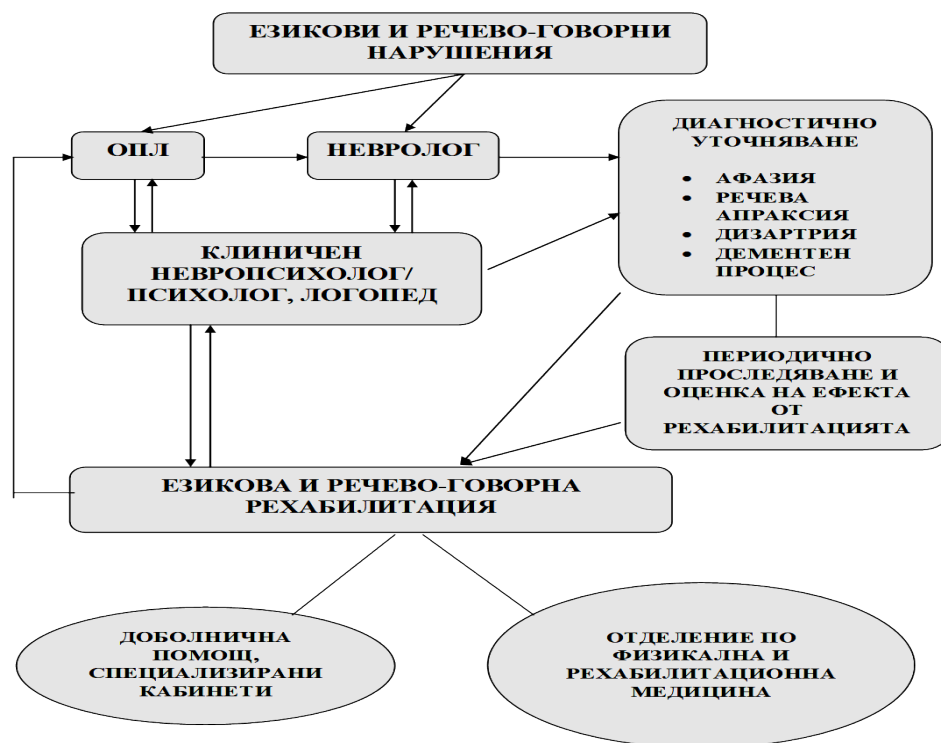
Georgieva et al. (2020) правят обширен мета-анализ на литературата и доказват, че в практиката на българските логопеди, както и в някои други страни, няма официално установени методи за терапия на лица с афазия. Реално терапията на афазията се свежда единствено до провеждането на процедури за възстановяване на последиците след инсулта – физикална терапия и рехабилитация, като в най-добрия случай е включена и логопедична терапия за 7 дни, и то само в специализираните болници и центрове, намиращи се главно в големите общини. В повечето страни има разработени „Национални насоки за грижа и терапия при инсулт“, които служат като официални документи и осигуряват достъп на пациента до висококачествени терапевтични услуги.

По инициатива на Българското дружество по неврология през 2020 г. е създаден „Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчно-съдовите заболявания“, който посочва стъпките, които изминава болният с остро разстройство на мозъчното кръвообръщение от началото на заболяването до болничното заведение и следболничния период.

Националният консенсус препоръчва провеждането на ранна когнитивна и езикова рехабилитация от клиничен невропсихолог и/или логопед в неврологичните отделения и в рехабилитационните центрове, които да участват в комплексното възстановяване. Основните насоки за диагноза и рехабилитация при афазия и други езикови и речево-говорни нарушения са описани на фиг. 1 (Миланов и кол., 2020).

Фиг. 1. Основни насоки за диагноза и рехабилитация при афазия и други езикови и речево-говорни нарушения

ОСНОВНИ НАСОКИ
ЗА ДИАГНОЗА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ АФАЗИЯ
И ДРУГИ РЕЧЕВО-ГОВОРНИ НАРУШЕНИЯ



- Насърчаване на комуникативната ефективност при лица с афазия (Promoting Aphasics' Communication Effectiveness, PACE).
- Зрително-действена терапия (Visual Action Therapy, VAT).
- Четене на глас при афазия (Oral Reading for Language in Aphasia, ORLA) (Горанова, 2020).

Цел на изследването

Базирайки се на всички тези научни данни и на факта, че МИТ като средство за терапия е все още нова и недостатъчно прилагана както в България, така и в Гърция, се предприе провеждането на настоящото емпирично изследване върху лица с тежка неплавна афазия вследствие на различни мозъчни заболявания. Основната цел на емпиричното изследване е да се докаже, че мелодичната интонационна терапия (МИТ) може да бъде успешно приложена за подобряване на устната реч и комуникацията на пациентите с неплавна афазия.

Контингент на изследването

В изследването бяха включени възрастни пациенти, претърпели съдов инцидент, в резултат на който се е проявила неплавна (моторна) афазия. Изследвани бяха общо 6 лица, от които 3 от женски и 3 от мъжки пол, с възрастова граница от 42 до 84 години.

Методи на изследването

МИТ се проведе в следните стъпки, като терапевтичните сесии започват с поредица от нелингвистични ритмични задачи, последвани от езикови задачи:

1. Терапевтът провежда с клиента упражнение за дишане в три стъпки – „вдишване, задържане, издишване“.
2. Терапевтът ръководи клиента да изпява два тона, докато отмерва ритъма (тактуване).
3. Терапевтът ръководи участника при изпяване на гласните.
4. Терапевтът моделира различни ритмични модели (от 4 до 7 удара).
5. Терапевтът и клиентът изпяват заедно дума от две (три или четири) срички с ритмични отмервания, чрез техниката „ръка в ръка“.
6. Терапевтът представя фрази, използвайки многостепенния метод на МИТ – пеене на фрази с потупване с ръка (стимулация) в унисон с пеенето.

Най-успешно прилаганите подходи за терапия на лица с афазия, препоръчани от ASHA, са:

- Подход за включване в ежедневните дейности (Life Participation Approach to Aphasia, LPAА).
- Компютърно-базирана терапия (Computer-Based Treatment).
- Мелодична интонационна терапия (Melodic Intonation Therapy, МИТ).
- Допълваща и алтернативна комуникация (Augmentative and Alternative Communication, ААС).

7. Терапевтът оставя пациента да изпява думите сам. Скоростта на изпятите елементи се забавя, за да се даде повече време за артикулационна корекция, т.е. темпото намалява поради удължаването на гласните.
8. Пациентът пее позната песен.
9. Терапевтът насърчава пациента да задава въпроси, за да провери уменията му при преминаването от изпети към устно изказани (произнесени) фрази.
10. Терапевтът насочва пациента към теми за разговор, включващи спорт, храна, дом, хоби и свободно време.

Резултати от изследването

Емпиричното изследване се проведе в рамките на индивидуални терапевтични сесии, в които пациентите изпълняваха последователни неречеви и речеви задачи. Времетраенето на една терапевтична сесия беше 30 минути, два пъти седмично. Оценката на характеристиките на речта на всеки от пациентите беше извършена преди и в края на терапията с Бостънския тест, част III – устна реч: артикулаторна подвижност; автоматизирана реч; рецитиране, пеене, ритми; повтаряне на думи; повтаряне на фрази; профил на скалата за оценка на характеристиките на речта (Александрова и кол., 1995).

Нелингвистичните ритмични задачи включват дихателни упражнения, задържане, изпяване на различни музикални тонове и имитация на модели от 3 до 7 удара с ръката (Slavin & Fabus, 2018).

Оценката на резултатите на клиента се извършва по общоприет критерий: за да се отчете положителен резултат от терапията, пациентът трябва да има 5 правилни изпълнения за всяка от поставените задачи. След овладяването на дадена задача пациентът продължава да я изпълнява като подготовка за следващия терапевтичен час. Музикалната част на урока включва изпяване на: – познати мелодии, които са предварително изучавани (напр. „Честит рожден ден“); – по-малко познати и/или по-дълги текстове.

Също така се включват функционални фрази, използващи пет стъпки, адаптирани от МИТ, които включват следното: – изпяване на мелодия и ритмично почукване едновременно с клиента, използвайки метода „ръка в ръка“;

– изпяване на фрази и едновременно потупване с ръка;
 – едновременно почукване и пеене на фрази;
 – едновременно изпяване от терапевта и клиента, след което терапевтът спира да пее, а клиентът продължава сам изпяването на фразата;
 – клиентът пее сам фразата, като я произнася подпомаган от клинициста. Намаляването на скоростта, моделирането и фонетичното осъзнаване са стратегии за преподаване, които се използват по време на сесиите. Всички фрази се разработват предварително от специалиста и са съобразени с възможностите на пациента, като трябва да бъдат функционални и характерни за него. За всяка фраза е разработена уникална мелодия. В терапията не се включват текстове на много известни песни, тъй като съществува възможност за привнасяне на популярната мелодия в упражненията на клиента (Sparks & Holland, 1976).

Фиг. 2. Обобщени резултати от оценка на устната реч (по Бостънски тест) преди терапията (ПТ) и след терапията (СТ) за всички изследвани лица

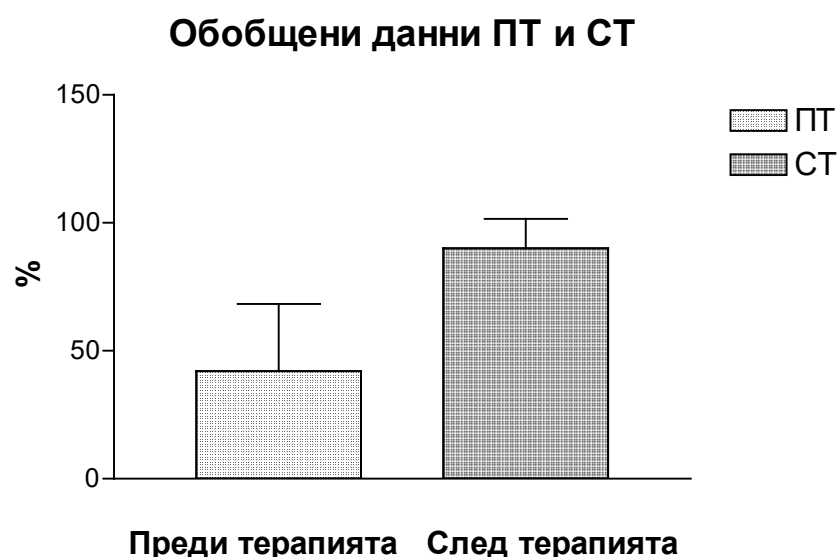


Таблица 1. Резултати от Wilcoxon Signed Rank Test при оценката на устната реч преди и след терапията

| Wilcoxon Signed Rank Test | | |
|---------------------------|--------|--------|
| Actual median | 37,00 | 92,50 |
| Discrepancy | -37,00 | -92,50 |
| Sum of signed ranks (W) | 21,00 | 21,00 |
| Sum of positive ranks | 21,00 | 21,00 |
| Sum of negative ranks | 0,0 | 0,0 |
| P value (two tailed) | 0,0156 | 0,0156 |
| Significant (alpha=0.05)? | Yes | Yes |

Wilcoxon Signed Rank Test потвърждава получените резултати, а именно че цялостният ефект от проведената терапия недвусмислено сочи значителни промени в говора на изследваните лица. Налице е прогресивна тенденция и положителна динамика след края на терапията.

Фиг. 3. Обобщени данни за оценката на устната реч преди терапията (ПТ) и след терапията (СТ)



С получената от статистическия пакет PRISM 8.0 р-стойност $P < 0,0156^*$ ($p \leq 0,05$) можем да направим извода, че се наблюдава средна статистически значима връзка между двете променливи – езиково и говорно продуциране преди и след терапията.

Изводи

Инсултът е широко разпространен в днешно време. Основният проблем е, че хората на възраст между 20 и 64 години все по-често ще получават инсулти, което означава, че е застрашена работещата част от населението. Освен това със застаряването на населението в Европа и у нас броят на мозъчните инсулти ще се увеличава. За да се снижи тежестта на проблема, е изключително важно да се повиши информираността на населението относно това тежко и инвалидизиращо заболяване. Ситуацията в България понастоящем е крайно незадоволителна по отношение на включването на логопеди в екипите за рехабилитация на лица с афазия. Въпреки че в „Националния консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания“, приет от Българското дружество по неврология, се препоръчва провеждането на ранна когнитивна и езикова рехабилитация от клиничен невропсихолог или логопед, в неврологичните отделения и в рехабилитационните центрове все още липсват логопеди, които да участват в комплексното възстановяване. МИТ се налага в практиката като подход за терапевтиране на тежки форми на моторна (неплавна) афазия, при които при пациентите се наблюдават нарушения в говора. Терапията се характеризира с използването на мелодичните елементи на езика – темп, ритъм и ударение, с цел подобряване на комуникативните умения на пациентите след терапията. МИТ се отразява позитивно не само върху подобряването на речевия процес при лицата с афазия, но и върху тяхната комуникация, респективно върху социализацията им. Всички изследвани 6 лица с неплавна афазия показаха положителен резултат след провеждането на МИТ.

Библиография:

Александрова, Б., Терзиева, М., Търнев, И., Мавлов, М. (1995). *Превод и адаптация на теста на Гудглас и Каплан – Бостън. Протокол за изследване и диагноза на афазииите*. София.

Горанова, Е. Г. (2021). *Възстановяване на езика и речта при сензорни форми на афазия. Учебно пособие за семинарни и практически упражнения за студенти по логопедия.* Благоевград: Изд. „Ирин Пирин“.

Миланов, И., Стаменова, Д. (2018). *Българска неврология*, том 19, доп. 1. София: Българско дружество по неврология.

Georgieva, D., Kalpachka, D., Kalpachki, R. (2020). *Stroke and aphasia rehabilitation: A comparison of international guidelines.* *Logopedia Silesiana.* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Slavin, D., & Fabus, R. (2018). A case study using a multimodal approach to melodic intonation therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(4), 1352–1362.

Sparks, R. W., & Holland, A. L. (1976). Method: Melodic intonation therapy for aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 41(3), 287–297.

РОЛЯТА НА ЛОГОПЕДА В ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА НА ПЪРВИЧНА ПРОГРЕСИВНА АФАЗИЯ

(представяне на случай)

Катерина Щерева

Софийски Университет „Св. Климент Охридски“

kshtereva@uni-sofia.bg

Емануела Маринова

Софийски Университет „Св. Климент Охридски“

ehmarinova@uni-sofia.bg

Резюме: Първичната прогресивна афазия (ППА) представлява група невродегенеративни езикови нарушения, които се характеризират с постепенно и изолирано влошаване на езиковите функции. Въпреки нарастващия международен научен интерес, темата остава сравнително слабо представена в българската логопедична литература, особено по отношение на диагностичния процес и терапевтичните интервенции.

Целта на настоящия доклад е да представи съвременните разбирания за първичната прогресивна афазия, нейната класификация и симптоматика, както и да изясни ролята на логопеда в диагностиката и нефармакологичната терапия чрез представяне на клиничен случай.

Използван е аналитичен преглед на актуалната научна литература, свързана с ППА, както и методът на представяне на случай от логопедичната практика. Описани са диагностичните процедури, езиковият профил и приложените логопедични терапевтични стратегии при пациент със семантичен вариант на първична прогресивна афазия.

Анализът на случая разкрива изразен семантичен дефицит, тежка аномия и нарушения в разбирането на устен и писмен език при относително съхранени артикулационни и фонологични умения. Проведените логопедични интервенции, насочени към семантичната обработка и компенсаторни стратегии, водят до подобрене в назоваването при стимулирани езикови теми, както и до положителна промяна в поведението и комуникативната ангажираност на пациента.

Ролята на логопеда при първичната прогресивна афазия е ключова както за ранната диагностика и диференциалната диагноза, така и за поддържането на комуникативните способности в хода на прогресивния езиков разпад. Представеният случай потвърждава ефективността на индивидуализирания логопедичен подход и необходимостта от активно включване на семейството в терапевтичния процес.

Ключови думи: първична прогресивна афазия, семантичен вариант, логопедична диагностика, логопедична терапия, представяне на случай

THE ROLE OF THE SPEECH AND LANGUAGE THERAPIST IN THE DIAGNOSIS AND THERAPY OF PRIMARY PROGRESSIVE APHASIA (Case Study)

Katerina Shtereva
Sofia University "St. Kliment Ohridski"
kshtereva@uni-sofia.bg

Emanuela Marinova
Sofia University "St. Kliment Ohridski"
ehmarinova@uni-sofia.bg

Abstract: Primary progressive aphasia (PPA) is a group of neurodegenerative language disorders characterized by a gradual and isolated deterioration of language functions. Despite increasing international research interest, PPA remains insufficiently represented in Bulgarian speech and language therapy literature, particularly with regard to diagnostic procedures and therapeutic interventions.

The aim of the present paper is to outline contemporary perspectives on primary progressive aphasia, its classification and symptomatology, and to clarify the role of the speech and language therapist in diagnosis and non-pharmacological intervention through the presentation of a clinical case.

An analytical review of current scientific literature on primary progressive aphasia was conducted, combined with a case study from speech and language therapy practice. The diagnostic procedures, language profile, and applied therapeutic strategies in a patient with the semantic variant of primary progressive aphasia are described.

The case analysis reveals a pronounced semantic deficit, severe anomia, and impairments in both oral and written language comprehension, with relatively preserved articulation and phonological skills. The applied speech and language therapy interventions, focused on semantic processing and compensatory strategies, resulted in improved naming performance within stimulated language domains, as well as positive changes in behavior and communicative engagement. The role of the speech and language therapist in primary progressive aphasia is essential for early diagnosis, differential assessment, and the maintenance of communicative abilities throughout the course of progressive language

deterioration. The presented case supports the effectiveness of an individualized therapeutic approach and highlights the importance of active family involvement in the intervention process.

Keywords: primary progressive aphasia, semantic variant, speech and language assessment, speech and language therapy, case study

Въведение в проблематиката на първичните прогресивни афазии

Първичните прогресивни афазии (ППА) представляват хетерогенна група от т.нар. „езиково представени“ деменции, при които симптомите често се проявяват преди 65-годишна възраст и могат да бъдат изява на невродегенеративни заболявания, като фронтотемпорална лобарна дегенерация. Терминът „първична прогресивна афазия“ се отнася до постепенно и изолирано влошаване или разпад на езиковата функция, при относително съхранени други когнитивни способности в ранните стадии на заболяването. Тези нарушения представляват сериозно предизвикателство както за диагностиката, така и за терапията (Marshall et al., 2018; Ruksenaite et al., 2021; Grossman, 2010).

Нарушението се характеризира с постепенно прогресиращ разпад на езиковата функция, който обикновено започва със затруднения в намирането на думи (аномия) и може да обхване граматичната структура на езика (синтаксис), както и разбирането на значенията (семантика). Говорната продукция при ППА може да бъде както флуентна, така и нефлуентна. Паметта, зрителната обработка и личностните характеристики често остават относително съхранени до по-напредналите стадии на заболяването, което подпомага диференциалната диагноза между ППА, болестта на Алцхаймер и други форми на деменция (Grossman, 2018).

В клиничната практика се разграничават три основни варианта на първичната прогресивна афазия – нефлуентен/аграматичен, семантичен и логопеничен. Те се характеризират съответно с аграматизъм и нарушения в говорната моторика, с тежки семантични дефицити и нарушения в назоваването и разбирането на думите, както и с фонологични грешки и затруднения при повторение на фрази и изречения (Gorno-Tempini et al., 2011). Клиничното разграничаване между вариантите се основава на специфичния езиков профил и на данни от невровизуализационни изследвания, които разкриват атрофични промени в различни езиково-специфични мозъчни области (Gorno-Tempini et al., 2004).

Ходът на първичната прогресивна афазия е индивидуално вариабилен. При някои пациенти езиковите симптоми прогресират сравнително бързо, докато при други процесът е по-бавен и продължителен. Обикновено са необходими около шест до седем години, преди да се развие тежка афазия или мутизъм. При част от засегнатите лица генерализираният когнитивен разпад настъпва значително по-късно или остава по-слабо изразен в сравнение с типичния ход на болестта на Алцхаймер (Rogers, 2004).

Исторически аспекти на първичната прогресивна афазия

Исторически първичната прогресивна афазия е разглеждана като атипично представяне на деменция, при което изолираният разпад на езиковата функция се обсъжда в контекста на дегенеративните заболявания. Нарушението е описано за първи път през 90-те години на XIX век от Pick и Serieux, но е разпознато като отделен синдром от Mesulam през 1982 г. Авторът разграничава първичната прогресивна афазия от други дегенеративни състояния, като болестта на Алцхаймер, чрез постепенно прогресиращата загуба на езиковата функция при липса на други когнитивни или поведенчески нарушения за период от най-малко две години. Той описва серия от случаи с „бавно прогресираща афазия“, впоследствие обозначена като първична прогресивна афазия. През 1975 г. Warrington описва прогресивно разстройство на семантичната памет, което по-късно е дефинирано от Snowden и сътр. като семантична деменция. Впоследствие Grossman и съавт. описват различна форма на прогресивно езиково разстройство – прогресивна нефлуентна афазия. В рамките на консенсусни срещи се правят опити за разработване на диагностични критерии за тези състояния във връзка с фронтотемпоралната лобарна дегенерация.

В продължение на около две десетилетия случаите на първична прогресивна афазия обикновено са категоризирани като семантична деменция или прогресивна нефлуентна афазия. Клиничната практика обаче разкрива случаи, които не отговарят на подобна бинарна класификация. Поради това трети клиничен вариант е емпирично описан и обозначен като логопенична прогресивна афазия от Gorno-Tempini и съавт. (Rogers, 2004; Gorno-Tempini et al., 2011).

Първичните прогресивни афазии попадат в спектъра на заболяванията, свързани с фронтотемпоралната дегенерация. Не е напълно изяснено дали ППА представлява самостоятелна нозологична единица или

атипичен синдром на други невродегенеративни заболявания, като болестта на Алцхаймер или болестта на Паркинсон. Данни от генетични изследвания и невровизуализация показват връзка между ППА и други невродегенеративни състояния, като при това отсъстват специфични фокални причини за афазия, като инсулт или мозъчен тумор (Rahul & Ponniah, 2019; Gorno-Tempini et al., 2011).

Класификация на първичната прогресивна афазия

Литературата в областта на афазиологията класифицира първичната прогресивна афазия в три основни варианта: нефлуентен/аграматичен, семантичен и логопеничен (фонологичен). През 2011 г. Gorno-Tempini и съавт. разработват ясна и широко приета класификация на ППА, като обособяват специфичните диагностични характеристики на всеки вариант. Типологизирането на първичната прогресивна афазия се основава на систематична и последователна научна работа, включваща три консенсусни срещи, проведени в периода 2006–2009 г., с цел изграждане на обща система за класификация на подтипозите.

Диагностицирането на ППА е процес, който включва две основни стъпки. На първо място пациентът трябва да отговаря на базовите критерии за първична прогресивна афазия, след което въз основа на наличието на характерни говорни и езикови особености се определя конкретният вариант на нарушението. Клиничната диагноза изисква наличие на изявен и първично доминиращ езиков дефицит в началния стадий на заболяването. Наблюдава се постепенно прогресиращо нарушение на езиковата продукция, назоваването, синтаксиса или разбирането на равнището на думата, което е ясно различимо както в спонтанната реч, така и при логопедична оценка.

Характерно за ранните етапи на ППА е относително съхраненото функциониране в ежедневните дейности, с изключение на тези, които са силно зависими от езика, като например водене на телефонен разговор. Макар езикът да е най-засегнатата област, в по-напредналите стадии е възможно да се наблюдава засягане и на други когнитивни функции. Поведенческите нарушения могат да се появят рано в хода на заболяването, но не следва да бъдат водещото оплакване. По същия начин не трябва да е налице ясно изразен паркинсонов синдром, въпреки че лека апраксия може да бъде наблюдавана.

Случаи с нелингвистичен характер, като тежка изолирана спастична дисфония или повтарящи се езикови поведения (напр. палилалия,

ехолалия), се изключват от диагностичната категория на ППА. При определяне на конкретния вариант ключово значение имат характеристиките на говорната продукция (граматика, артикулация, звукови грешки, паузи), повторението, разбирането на равнището на думата и изречението, назоваването при конфронтация, семантичното познание, както и уменията за четене и писане. Подробната логопедична оценка се счита за най-надеждния инструмент при диагностиката и диференциалната диагноза на вариантите на първична прогресивна афазия (Gorno-Tempini et al., 2011).

Симптоми на семантичен вариант на първична прогресивна афазия

Grossman (2018) посочва, че значението на думите зависи от дългосрочната концептуална, или семантична, памет, която включва знания за обекти, действия и идеи. При семантичния вариант на първичната прогресивна афазия, известен още като семантична деменция, тази форма на памет е първично и изразено засегната. Някои форми на инсулт или черепно-мозъчна травма могат да наподобяват семантичния вариант на ППА, но се разграничават лесно поради внезапното си начало и непрогресивния си характер.

Класификацията на Gorno-Tempini и съавт. (2011) предоставя ясни диагностични характеристики на семантичния вариант на ППА. При поставяне на клинична диагноза двата задължителни (ядрени) симптома са нарушено назоваване при конфронтация (аномия) и нарушено разбиране на значението на думите. Освен тях следва да са налице поне три допълнителни диагностични характеристики, включващи нарушен предметен гнозис, особено за нискочестотни и слабо познати обекти, повърхностна дислексия и дисграфия, както и относително съхранени повторение и говорна продукция.

Макар нарушенията в назоваването да са характерни и за други варианти на ППА, при семантичния вариант те са особено изразени и несъразмерни спрямо съхранените други езикови компоненти. Нарушеното разбиране на отделни думи, особено такива с ниска честота, често представлява най-ранната и най-отчетлива проява на генерализиран семантичен дефицит. Този дефицит може да доведе до нарушения в разпознаването на обекти и лица, дори когато информацията е представена чрез други сензорни модалности.

Семантичните дефицити обикновено засягат широк спектър от категории, като инструменти, животни и хора, макар в по-редки

случаи да се наблюдават селективни нарушения. Описва се по-слабо представяне при концепции за конкретни обекти в сравнение с абстрактни понятия, като тези случаи често се свързват с по-изразена дясна темпорална атрофия и ранни поведенчески промени, включително загуба на емпатия и компулсивно поведение.

Повърхностната дислексия и дисграфия са характерни за семантичния вариант и се изразяват в затруднения при четене и писане на думи с нетипична връзка между правопис и произношение. Въпреки изразения семантичен дефицит, повторението и говорната продукция често остават относително съхранени, а езиковата продукция обикновено е граматически коректна, макар понякога да се наблюдават параграматични грешки. Анатомично семантичният вариант на ППА се свързва с атрофични промени във вентралните и латералните части на предните темпорални лобове, обикновено с по-изразено засягане в лявото полукълбо (Gorno-Tempini et al., 2004; Suárez-González et al., 2021).

Симптоми на логопеничен вариант на първична прогресивна афазия

Логопеничният вариант е най-късно описаният вариант на първичната прогресивна афазия. Поради бавната скорост на говорната продукция и честите паузи, свързани със затруднения при намирането и извличането на думи, Gorno-Tempini и съавт. (2004) обозначават този вариант като „логопеничен“. Основни характеристики са дефицитите в извличането на думи както при спонтанна реч, така и при назоваване при конфронтация.

Спонтанната реч се характеризира с бавен темп и чести паузи, обусловени от значителни трудности при намирането на думи, без наличие на ясно изразен аграматизъм. В този аспект логопеничният вариант се различава от нефлуентния вариант, при който бавната реч е съпроводена от диспрозодия, аграматизъм или двигателни говорни грешки. Нарушението на назоваването при конфронтация при логопеничния вариант обикновено е по-слабо изразено в сравнение със семантичния вариант, като грешките са предимно с фонологичен характер.

Разбирането на значението на думите при логопеничния вариант е относително съхранено, което представлява важна диференциално-диагностична характеристика спрямо семантичния вариант. Приема

се, че дефицитът във фонологичната краткосрочна памет е ключов механизъм, лежащ в основата на езиковите нарушения при този подтип. Повтарянето на изречения и фрази е нарушено, докато повторението на единични, кратки думи може да бъде съхранено.

Същият механизъм обуславя и нарушенията в разбирането на равнището на изречението, които са по-силно повлияни от дължината на изречението, отколкото от неговата граматическа сложност. Сред другите диагностични характеристики се включват фонологичните парафазии в спонтанната реч и при назоваване. Тези звукови субституции обикновено са добре артикулирани и не са съпроводени от изопачаване на говорните звукове.

Липсата на изразен аграматизъм, както и относително съхранените артикулация и прозодика, подпомагат разграничаването на логопеничния от нефлуентния вариант на ППА. За поставяне на диагноза логопеничен вариант, подкрепена от образни изследвания, е необходимо установяване на аномалии в лявата темпоро-париетална област, включително задния темпорален дял, супрамаргиналният и ъгловият гирус (Gorno-Tempini et al., 2011; Henry & Gorno-Tempini, 2010).

Симптоми на нефлуентен/аграматичен вариант на първична прогресивна афазия

Основните характеристики на нефлуентния/аграматичния вариант на първичната прогресивна афазия са аграматизмът в езиковата продукция и говор, продуциран с усилие. Аграматизмът се изразява в използването на кратки, опростени фрази, както и в пропуски на граматични морфемии. Говорната продукция е бавна и затруднена, като често се съпровожда от ясно изразено усилие при артикулацията.

Вербалната апраксия може да бъде един от първите проявени симптоми на нарушението. Пациентите с нефлуентния вариант обикновено осъзнават затрудненията в собствената си речева продукция и допускат непоследователни грешки в произношението на говорните звукове, включително изопачавания, пропуски, замествания и вмъквания. Прозодиката е нарушена, а скоростта на речта е значително намалена. В някои случаи първите симптоми могат да се изразяват единствено в говор, продуциран с усилие, преди да се появят отчетливи граматични грешки или признаци на вербална апраксия.

При тези пациенти изследването на писмения език, например чрез писмено описание на картина, често разкрива ранни и леки граматични

нарушения. За поставяне на диагноза нефлуентен/аграматичен вариант на ППА е необходимо наличието на поне два от останалите диагностични симптоми. Затрудненията в разбирането на синтаксиса се проявяват чрез нарушено разбиране на синтактично сложни изречения, като първоначално са засегнати най-сложните конструкции. Докато при логопеничния вариант нарушенията в разбирането на изреченията са свързани предимно с тяхната дължина, при нефлуентния вариант те са ясно повлияни от граматическата сложност. Разбирането на равнището на думата и предметният гнозис обикновено са относително съхранени, което е важен признак при ранната диференциална диагноза.

При значителна част от пациентите нефлуентният вариант прогресира до синдром, включващ генерализирани двигателни нарушения. Поради това клиничната диагноза следва да се поставя при отсъствие на ясно изразен двигателен синдром, засягащ ежедневните дейности, като генерализирана ригидност или тремор. Наличието на лека апраксия или забавяне на фините движения на пръстите не изключва диагнозата. За потвърждаване на нефлуентен вариант чрез образни изследвания е необходимо установяване на аномалии в лявата задна фронто-инсуларна област, включително долната фронтална извивка, инсулата, преоторните и допълнителните двигателни зони (Gorno-Tempini et al., 2011).

Логопедична диагностика на първичната прогресивна афазия

Логопедичната диагностика на първичните прогресивни афазии и техните варианти използва класически диагностични батерии и проби, но има и своите специфични особености. Важен критерий е историята на прогресивния езиков разпад да бъде с продължителност поне две години (Rogers, 2004). Езиково-говорната диагностика е от съществено значение при ППА, тъй като позволява да се определят засегнатите и съхранените езикови области, както и да се проследи ходът на нарушението. Тя има ключова роля и при диференциалната диагностика с други прогресивни заболявания.

В хода на диагностичния процес се събира информация за първоначалните и допълнителните симптоми на нарушението, като се извеждат ядрените (основни) и вторичните прояви. Задължително се снима анамнеза, като особено внимание се обръща на фамилната обремененост и наличието на съпътстващи заболявания, включително

невродегенеративни състояния като деменция, които могат да потвърдят или изключат диагнозата. Необходимо е да се отчете наличието на нарушения на слуха и/или зрението. Отбелязва се владеенето на чужди езици, като диагностичните материали следва да бъдат езиково адекватни за изследваното лице и съобразени със сензорните и езиковите му особености, включително майчиния език. Важно е да се установи разнообразието от комуникативни среди, ситуации и партньори, които са характерни за ежедневието на пациента. В диагностичния процес се включват и близките на лицето, които често са негови основни партньори в комуникацията, с цел осигуряване на по-точна и пълна история на случая (Henry & Grasso, 2018). Съгласно Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF), афазията оказва влияние не само върху езиковите способности, но и върху възможностите за създаване и поддържане на социални и семейни отношения (Симонска, 2009). Поради това всякакви данни за промени в семейните взаимоотношения, поддържането на социални контакти и качеството на комуникацията са от диагностично значение и се отбелязват.

При логопедичната диагностика се изследват говорните и езиковите характеристики на пациентите, включително трудности при намиране на думи, аграматизъм и фонологични грешки, както и нелингвистични когнитивни дефицити, характерни за по-напредналите стадии на нарушението. Оценяват се и атипични поведенчески симптоми, които могат да се проявят особено при семантичния вариант на ППА (напр. апатия), както и двигателна симптоматика, като апраксия на крайниците, паркинсонизъм или дисфагия, които се наблюдават най-често при нефлуентния/аграматичния вариант. Провежда се задълбочена оценка на говора и езика, чрез която се извършва съпоставка между нарушените и съхранените способности и се извежда количествен индекс за тежестта на афазията. Този индекс служи като базова мярка за проследяване на хода на нарушението и ефекта от терапията.

В практиката стандартните батерии за афазия, разработени първоначално за състояния след инсулт, често се използват и при диагностика на ППА. Тестът на Кертес (WAB) и Бостънският тест за изследване на афазия (BDAE) предоставят информация за цялостния езиков профил и обща оценка за тежестта на афазията, като тестът на Кертес е полезен и при разграничаване между подтиповете на ППА. Въпреки това е възможно тези батерии да не са достатъчно

чувствителни за откриване на дискретни дефицити в ранните стадии на първичната прогресивна афазия (Henry & Grasso, 2018).

Janssen и съавт. (2022) разработват скринингов инструмент – The Sydney Language Battery, насочен към преодоляване на недостига на кратки и опростени инструменти за невропсихологична оценка и разграничаване на трите варианта на ППА. Инструментът може да се използва като първа стъпка в цялостната диагностична оценка, като се препоръчва комбинирането му с резултатите от други езикови и когнитивни тестове с цел повишаване на диагностичната точност. Към момента тестът не е адаптиран за български език.

Логопедичната диагностика на ППА се осъществява чрез традиционни диагностични методи. Фигура 1 представя опростен диагностичен алгоритъм за определяне на вариантите на ППА, адаптиран от Volkmer и съавт. (2020), който подпомага диагностичните заключения. Могат да бъдат изведени конкретни диагностични проби, полезни при съмнения за всеки от вариантите на прогресивна афазия. При нефлуентен/аграматичен вариант се използват проби за описание на картина, разказ по картина или серия от картини, като се отчитат средната дължина на изказването, скоростта на речта, точността на съдържанието, прозодиката и типът на допусканите грешки. Препоръчва се и оценка на говора чрез повторение на многосрични думи и проби за диадохокинеза с цел установяване на наличие на усилие и колебание.

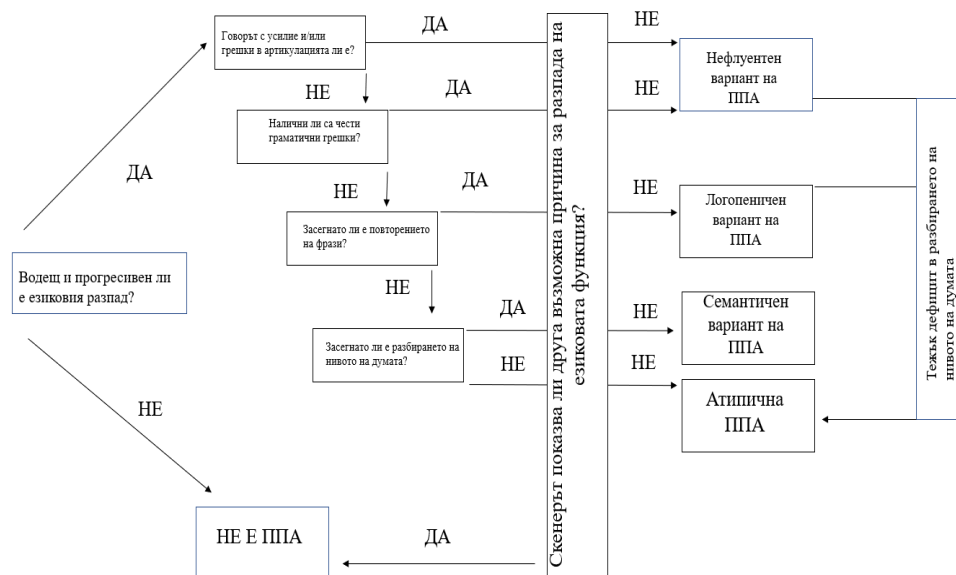
Дефицитите в разбирането, свързани с граматичната сложност на изреченията, се установяват чрез задачи за свързване на устно представени изречения с картини, отговаряне на въпроси с „да/не“ и следване на инструкции. При съмнения за семантичен вариант се прилагат проби за назоваване при конфронтация чрез картини, звукове, храни и миризми. Отчитат се процентът на грешките, забавянето при назоваване, влиянието на фактори като познатост, честотност, граматичен клас и семантична категория, както и видът на допусканите грешки. При този вариант се регистрира изразен семантичен дефицит със семантични парафазии.

За оценка на разбирането на значението на думите се използват задачи за свързване на думи с картини, думи с определения и синонимни двойки. Препоръчителни са и задачи за семантични асоциации, премахване на излишен предмет, свързване на предмет с жест и свързване на звук с картина. При диагностиката на четенето и

писането при семантичен вариант е важно да се анализират грешките при нетипични думи, като се използват задачи за четене и писане под диктовка на реални думи и псевдодуми. Точността на изпълнение може да се влияе от честотността и граматичната категория на думите, а грешките са свързани с фонологичната точност и генерализирането на морфологични правила.

При съмнения за логопеничен вариант се използват проби за назоваване при конфронтация, при които обикновено се регистрира умерено нарушение с фонологични грешки. Чрез задачи за повторение на думи, псевдодуми, фрази и изречения се установява влиянието на фактори като предсказуемост, дължина и граматическа сложност. Свързването на устно представени изречения с картини, отговарянето на въпроси с „да/не“ и следването на инструкции също са информативни проби, като се отчитат затрудненията, свързани с честотата и дължината на фразите. Оценяват се и четивните умения и способността за писане, като при логопеничния вариант грешките са предимно с фонологичен характер (Gorno-Tempini et al., 2011).

Фиг. 1. Диагностичен алгоритъм за вариантите на първична прогресивна афазия по (Volkmer et al, 2020).



Говорна и езикова терапия при първична прогресивна афазия и нефармакологични стратегии – ролята на логопеда

Логопедите разработват комуникативни средства и стратегии, които компенсират езиковите дефицити и подпомагат съхраняването на способността на пациентите да общуват през целия ход на заболяването. Комуникативната подкрепа се дефинира като съвкупност от стратегии, материали и ресурси, които подобряват достъпа до комуникация и участието в комуникативни дейности. Тя може да включва адаптиране на средата, модификации на дейностите и използване на подкрепящи средства, които улесняват комуникацията между пациента и неговите партньори.

Основните концепции, разработени в контекста на хроничната афазия, са приложими и при пациенти с невродегенеративни заболявания. Първата от тях е, че крайната цел на терапията е подобряване на участието в комуникативния живот. Независимо от стадия на заболяването, пациентите и техните комуникативни партньори могат да формулират цели и да постигат значими резултати. Втората концепция е, че комуникацията представлява съвместен процес, при който смисълът се договаря между участниците. В този контекст логопедът разработва стратегии и ресурси, подпомагащи успешното предаване и възприемане на съобщения. Третата концепция разглежда комуникативната подкрепа като етичен ангажимент, при който логопедът носи отговорност да идентифицира и прилага всички възможни методи и средства, подпомагащи ефективната комуникация на пациента.

В ранните етапи на първичната прогресивна афазия терапията е насочена към предаване на конкретна информация в конкретни ситуации. Прилагат се стратегии за поддържане на темпото на речта, подпомагане на извличането на думи, идентифициране на тема и ключови думи. С намаляването на генеративния език възниква необходимост от структуриране и поддържане на индивидуалния речник на пациента. В средните етапи на заболяването терапията включва използване на печатни материали, идиосинкратични жестове, комуникативни табла или карти, както и устройства за генериране на език, често под формата на дигитални приложения. Обучението на семейството в прилагането на мултимодален подход е ключово за подпомагане на разбирането и комуникацията.

В късните етапи на заболяването терапията се фокусира върху

използването на подканящи стратегии (prompting), показване на символи и обучение на партньорите в предоставяне на базови избори за изразяване. Терапевтичната работа е насочена както към удовлетворяване на текущите комуникативни нужди, така и към подготовка за бъдещи промени, с акцент върху компенсирането на езиковия дефицит, а не върху обръщане на хода на езиковия разпад. С напредването на заболяването комуникативните партньори поемат все по-активна роля в изграждането и поддържането на комуникативното взаимодействие.

Основните терапевтични подходи включват интервенции, насочени към нарушението, като терапии за извличане на думи, повторение и четене с подкрепа от картина, както и подходи, насочени към компенсация на затрудненията. Обучението по сценарии (script training) е утвърдена терапевтична техника, първоначално разработена за афазии и апраксии след инсулт, която се състои в многократни репетиции с цел повишаване на автоматизацията на говорната продукция. При нефлуентния вариант на ППА този подход показва значителен ефект върху точността на продукцията, граматичната структура и общата разбираемост на говора, като ефектите могат да се запазят и до една година след приключване на терапията.

Компенсаторните подходи са насочени към стимулиране на ежедневните разговори между пациента и неговите близки и включват оценка на стратегиите, които улесняват или възпрепятстват комуникацията. Доказано е, че използването на подкрепящо комуникативно поведение от страна на партньорите подобрява ефективността на разговорите, особено при семантичния вариант на ППА. Допълващата и алтернативна комуникация (ДАК) е неразделна част от логопедичната практика при пациенти с тежки и комплексни комуникативни нарушения. Тя включва използването както на нискотехнологични, така и на високотехнологични средства, като комуникативни книги, мобилни устройства и дигитални приложения. Технологиите предоставят възможности не само за компенсиране на комуникативните дефицити, но и за предоставяне на говорна и езикова терапия чрез уеб-базирани платформи, както и за участие в развлекателни дейности. Груповото обучение и подкрепа, съобразени с нуждите на хората с ППА и техните семейства, подпомагат обмена на опит, повишават увереността и подготвят участниците за бъдещите предизвикателства, свързани с прогресиращия езиков разпад (Fried-Oken, Mooney & Peters, 2015; Volkmer et al., 2020).

Представяне на случай – заявка, диагностика и терапевтични интервенции

За целите на настоящия труд се представя случай от логопедичната практика, илюстриращ основните характеристики на първичната прогресивна афазия – семантичен вариант. Описани са резултатите от логопедичната диагностика, включително снемането на анамнеза, основните оплаквания, проявената езикова симптоматика и поведенческите особености, както и приложените логопедични терапевтични интервенции.

Случаят се отнася за пациент (А. П.), мъж, на 51 години, от гр. София, с висше икономическо образование, завършено в чужбина. Заявката за логопедична диагностика е направена от семейството, като в диагностичния процес участват пациентът и неговата сестра. Майчиният език на пациента е български, като той владее и руски, английски, немски, испански и френски език. Повече от 20 години живее в чужбина, като през последните години най-често използва английски и френски език. Семейството се състои от съпруга и дъщеря, като пациентът поддържа близки отношения и със сестра си и родителите си.

Налице са официално регистрирани данни за висок интелект и ранно овладяване на четивна способност. Пациентът има диагностицирана и терапевтично овладяна сънна апнея, както и анамнестични данни за депресивна симптоматика. Съобщава се за възможна фамилна обремененост по отношение на паметови дефицити и болест на Алцхаймер. Основните оплаквания са свързани със затруднения при намиране на думи и назоваване на имена. Те се проявяват за първи път около 2018 г. при употреба на чужди езици, като постепенно се забелязват и затруднения в българския език, макар и в по-лека степен. Налице са данни за дискретна езикова симптоматика и през последните десет години.

Пациентът съобщава за запазена дългосрочна памет за събития от преди повече от 20 години, но за затруднения в кратковременната памет, свързани с припомняне на събития от последните дни и седмици. Поради езиковите нарушения към момента на диагностиката не е трудоспособен и е в отпуск по болест. Отбелязва се, че при опити за повторно учене на езици пациентът забелязва временно подобрение. Запазен е интересът към четене от дигитални устройства.

Пациентът е преминал неврологична и логопедична диагностика в Медицински университет – София, катедра „Неврология“, поради

забелязана експресивна симптоматика. Използвани са клинично интервю, Бостънски тест за изследване на афазия, Бостънски тест за назоваване и семантичен тест, подобен на „Пирамиди и палми“. Резултатите показват умерена до тежка аномия и семантичен паметов дефицит. Невропсихологичната оценка и образните изследвания потвърждават диагнозата първична прогресивна афазия – семантичен вариант. Образните изследвания (ядрено-магнитен резонанс и позитронно-емисионна томография), проведени в чужбина, показват ляв преден темпорален хипометаболизъм и тежка атрофия, със слабо дясностранно засягане. Диагнозата е потвърдена и чрез езикова оценка на английски език, при която се отчита тежка аномия и добра фразова конструкция с неясно съдържание.

При логопедичната диагностика в кабинетни условия пациентът е видимо емоционално и двигателно превъзбуден, с ускорен речев темп и затруднения при участие в диалог с повече от едно лице. Регистрират се затруднения при назоваване, особено на части от тялото, както и изразена семантична аномия. Артикулационният праксис и фонологичните умения са съхранени. Разбирането на устен и писмен текст е нарушено, като пациентът се справя по-добре с кратки и високочестотни езикови единици. Четивната способност е относително съхранена, но без адекватно разбиране на прочетеното, докато писането е значително засегнато, с наличие на правописни грешки и смесване на графемите от кирилица и латиница.

По желание на семейството се провеждат присъствени логопедични терапевтични сесии в рамките на един месец. Проведена е консултация със семейството и са дадени препоръки за структуриране на ежедневието, използване на календар и прилагане на адаптирани комуникативни стратегии. В терапевтичния процес се използват традиционни логопедични подходи, насочени към семантичния аспект на езика, четене и писане, както и стимулиране на паметта, мисленето и логиката. Регистрира се подобрение в назоваването при допълнително стимулирани езикови теми, както и положителна промяна в поведението, с намаляване на логореята и двигателната превъзбуда.

Наблюденията от терапевтичния процес показват, че традиционните логопедични подходи могат да бъдат ефективни при първична прогресивна афазия – семантичен вариант, като допринасят както за подобряване на езиковите умения в рамките на стимулираните теми,

така и за повишаване на комуникативния комфорт и емоционалната стабилност на пациента.

Заклучение

Прогресивните първични афазии представляват група нарушения, свързани с прогресиращ езиков разпад в три основни варианта – семантичен, логопеничен и нефлуентен/аграматичен. Те са познати и разглеждани в научната литература през последния век, като етиологията им се свързва с различни невродегенеративни заболявания. Ролята на логопеда в диагностиката и терапията на първичната прогресивна афазия е ключова. Чрез своята работа нарушението може да бъде диагностицирано и проследявано във времето. Задача на логопеда е да подкрепи комуникацията на засегнатото лице чрез различни техники и подходи.

Препоръчва се използването на допълваща и алтернативна комуникация, особено в по-напредналите стадии на езиковия разпад. Логопедът обучава семейството в техники за комуникация със засегнатото лице и провежда традиционна езикова терапия, съобразена с вида, симптомите и стадия на първичната прогресивна афазия.

Представеният случай от практиката на семантичен вариант на нарушението потвърждава литературния обзор, свързан със симптомите, диагностиката и терапията на този специфичен вид афазия.

Библиография

- Fried-Oken, M., Mooney, A., & Peters, B.** (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37(1), 69–87.
- Gorno-Tempini, M. L., Dronkers, N. F., Rankin, K. P., Ogar, J. M., Phengrasamy, L., Rosen, H. J., Johnson, J. K., Weiner, M. W., & Miller, B. L.** (2004). Cognition and anatomy in three variants of primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, 55(3), 335–346.
- Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M.** (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006–1014.
- Grossman, M.** (2010). Primary progressive aphasia: Clinicopathological correlations. *Nature Reviews Neurology*, 6(2), 88–97.

Grossman, M. (2018). Linguistic aspects of primary progressive aphasia. *Annual Review of Linguistics*, 4, 377–403.

Grossman, M., & Irwin, D. J. (2018). Primary progressive aphasia and stroke aphasia. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 24(3), 745–767.

Henry, M. L., & Gorno-Tempini, M. L. (2010). The logopenic variant of primary progressive aphasia. *Current Opinion in Neurology*, 23(6), 633–637.

Henry, M. L., & Grasso, S. M. (2018). Assessment of individuals with primary progressive aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 39(3), 231–241.

Janssen, N., Roelofs, A., van den Berg, E., Eikelboom, W. S., Holleman, M. A., In de Braek, D., Piguet, O., Piai, V., & Kessels, R. (2022). The diagnostic value of language screening in primary progressive aphasia: Validation and application of the Sydney Language Battery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(1), 200–214.

Marshall, C. R., Hardy, C., Volkmer, A., Russell, L. L., Bond, R. L., Fletcher, P. D., Clark, C. N., Mummery, C. J., Schott, J. M., Rossor, M. N., Fox, N. C., Crutch, S. J., Rohrer, J. D., & Warren, J. D. (2018). Primary progressive aphasia: A clinical approach. *Journal of Neurology*, 265(6), 1474–1490.

Rahul, D. R., & Joseph Ponniah, R. (2019). Language impairment in primary progressive aphasia and other neurodegenerative diseases. *Journal of Genetics*, 98, 95.

Rogers, M. A. (2004). Aphasia, primary progressive. In D. K. Raymond (Ed.), *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders* (pp. 245–249). Cambridge, MA: MIT Press.

Ruksenaite, J., Volkmer, A., Jiang, J., Johnson, J. C., Marshall, C. R., Warren, J. D., & Hardy, C. J. (2021). Primary progressive aphasia: Toward a pathophysiological synthesis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 21(3), 7.

Suárez-González, A., Savage, S. A., Bier, N., Henry, M. L., Jokel, R., Nickels, L., & Taylor-Rubin, C. (2021). Semantic variant primary progressive aphasia: Practical recommendations for treatment from 20 years of behavioural research. *Brain Sciences*, 11(12), 1552.

Volkmer, A., Rogalski, E., Henry, M., Taylor-Rubin, C., Ruggero, L., Khayum, R., Kindell, J., Gorno-Tempini, M. L., Warren, J. D., & Rohrer, J. D. (2020). Speech and language therapy approaches to managing primary progressive aphasia. *Practical Neurology*, 20(2), 154–161.

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЕЛЕКТРОМИОГРАФСКИ БИОФИЙДБЕК В ЛОГОПЕДИЧНАТА ТЕРАПИЯ НА ВЕЛОФАРИНГЕАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, СВЪРЗАНА С ВРОДЕНА ЦЕПНАТИНА НА УСТНИТЕ И НЕБЦЕТО

Йорданка Маркова

Асоциация „Лицеви аномалии“

Център за деца и родители – ДОКСИ

doksi2000@gmail.com

Юрий Анастасов

Медицински университет – Пловдив

Резюме: При тежка и продължителна велофарингеална недостатъчност при възрастни пациенти формираните патологични компенсаторни механизми са изключително трудни за преодоляване. Натрупаната умора от многобройни интервенции през годините често е свързана с развитие на патологични психофизиологични реакции. Съпътстващите лицеви движения представляват неефективен компенсаторен механизъм, който пациентът не осъзнава напълно.

Цел: Да се оцени ефектът от електромиографския биофийдбек (EMG-BFB) при преодоляване на лицевите гримаси по време на говор и подобряване на автоматизацията на преградните съгласни (напр. П, Т, К) в условията на подобро физиологично състояние, постигнато чрез биофийдбек тренинг.

Методика: В изследването участват две жени на възраст 29 и 33 години с тежка велофарингеална недостатъчност, свързана с вродена цепнатина. Те преминават курс от 16 логопедични сесии, съпътствани от HRV биофийдбек. Стандартните логопедични упражнения се провеждат паралелно с обучение за поддържане на подобро психофизиологично състояние, регистрирано чрез апаратура за биологична обратна връзка. За оценка на напредъка се използва тест–ретест подход за анализ на речевата продукция и редуцията на гримасите при артикулацията на определени фонемни. В началото и в края на терапията се прилагат протоколи за самооценка на качеството на живот.

Резултати: В първия случай патологичните съдвижения в средната лицева зона изчезват напълно при артикулацията на звуковете П и Т на ниво спонтанна реч. Във втория случай се постига подобрене в реализацията на преградните съгласни. Психофизиологичното състояние и на двете пациентки се подобрява, което се отчита чрез сигналите на биофийдбек системата, като се достига по-спокойно и релаксирано състояние. Наблюдава се повишаване

на самоувереността и подобряване на житейските перспективи, както и редуциране на постоянната симпатикова активация.

Заключения: Електромиографският биофидбек е метод, който може да осигури допълнителни ползи при приложение в комбинация със стандартната логопедична терапия, като подпомага осъзнаването и преодоляването на лицевите гримаси. Логопедичните техники стават по-ефективни и се създават възможности за нов начин на преработка на травматичните преживявания, свързани с продължителното лечение.

Ключови думи: велофарингеална недостатъчност; електромиографски биофидбек; логопедична терапия; лицеви гримаси; вродена цепнатина на устните и небцето

APPLICATION OF ELECTROMYOGRAPHIC BIOFEEDBACK IN SPEECH AND LANGUAGE THERAPY FOR VELOPHARYNGEAL INSUFFICIENCY ASSOCIATED WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Yordanka Markova
Association for Facial Anomalies
Center for Children and Parents – DOKSI
doksi2000@gmail.com

Yuriy Anastasov
Medical University of Plovdiv

Abstract: In cases of severe and prolonged velopharyngeal insufficiency in adult patients, established pathological compensatory mechanisms are extremely difficult to overcome. Accumulated fatigue from multiple interventions over the years is often associated with sets of pathological psychophysiological reactions. Accompanying facial movements represent an ineffective compensatory mechanism of which the patient is not fully aware.

Aims: To evaluate the effect of EMG biofeedback (EMG-BFB) in overcoming facial grimaces during speech and to improve the automation of stop consonants (e.g., P, T, K) under an improved physiological state achieved through biofeedback training.

Methods: Two female patients with cleft-related severe velopharyngeal insufficiency, aged 29 and 33 years, underwent a course of 16 speech therapy sessions accompanied by HRV biofeedback. Standard speech therapy exercises were conducted while the patients were trained to maintain an enhanced psychophysiological state, monitored via biofeedback equipment. A test-retest

approach was used to evaluate improvements in speech production, as well as the reduction of facial grimaces observed during the articulation of specific phonemes. Self-assessment protocols for quality of life were administered at the beginning and at the end of the treatment.

Results: In the first case, pathological co-movements of the midface disappeared completely during the articulation of the sounds P and T at the level of spontaneous speech. In the second case, an improvement in stop consonant production was achieved. The psychophysiological state of both patients improved, as indicated by the biofeedback signals, and a more relaxed state was attained. Furthermore, self-confidence and life perspectives improved, and persistent sympathetic nervous system activation was reduced.

Conclusions: Electromyographic biofeedback is a technique that can provide additional benefits when used alongside standard speech therapy by enhancing awareness and supporting the reduction of facial grimaces. Speech therapy techniques become more effective and may enable a new way of processing trauma associated with prolonged treatment experiences.

Keywords: velopharyngeal insufficiency; electromyographic biofeedback; speech and language therapy; facial grimaces; cleft lip and palate

Въведение

Жизнен опит при пациентите с ВЦУН

Лечението на вродената цепнатина на устните и небцето е продължителен мултидисциплинарен процес. Освен множеството хирургични интервенции са включени медицински процедури, свързани с дисфункция на Евстахиевата тръба и слуха, продължителна логопедична терапия, ортодонтско и стоматологично лечение. Много често пациентите имат голяма нужда от специализирана психологическа подкрепа, което в България все още не е рутинна практика и липсва достатъчен опит в тази област. Терапевтичните процедури се концентрират предимно до 20–21-годишна възраст, инициират се от родителите, а самите пациенти често съобщават, че са се чувствали като пасивни обекти на болезнено лечение, без да осъзнават неговата необходимост и важните етапи в него.

Възрастните, както и младежите, са силно загрижени за външния вид на устните и носа, за ясения говор, за качеството на слуха и за подредбата и функцията на зъбите. Хирургичните протоколи се развиват интензивно през последните двадесет и пет години, като се доказва, че късното затваряне на небцето води до неправилна позиция на езика като компенсаторен акт на организма и че пациентите, оперирани късно, имат по-лоши говорни резултати (Анастасов, 1).

В част от случаите не е възможно редовно посещаване на логопед или обичайните логопедични техники не могат да постигнат оптимални резултати. Напротив – артикулационните механизми първично се поставят и автоматизират на неправилна база, което е предпоставка за типичен цепнатинен, често неразбираем говор, независимо от усилията на носителя и от прилаганите логопедични техники. Затвърдените артикулационни механизми до възрастта от 8 години често остават трайни. При неправилна структура и функция неуспехът допълнително затвърждава негативния опит и влошава състоянието, тъй като положените усилия се оказват неефективни.

След съзряването, с отделянето от семейството и настъпването на периода на автономност, пациентите започват все по-ясно да осъзнават различния си говор и да търсят нови начини за неговото преодоляване. Често те се срещат с хирурга със заявка за подобряване на външния вид и преминават през различни ортодонтски и стоматологични лечения, които нерядко са успешни и възстановяват челюстния ъгъл и съзъбието. За съжаление проблемите с говора не се повлияват по същия начин. Затвърдените неправилни патологични артикулационни механизми продължават да влошават артикулацията, независимо от усилията на пациента, поради недостатъчно добре функциониращата велофарингеална клапа.

Логопедичната практика при възрастните пациенти има нужда от нови стратегии за допълнително повлияване на терапевтичния процес чрез по-обстойно анализиране на структурните нарушения и патологичните компенсаторни механизми, които имат както неврофизиологична, така и психологична страна.

Патологични психофизиологични реакции и състояния, свързани с медицинското състояние и неговото лечение

Преживяванията, свързани с болка и стрес по време на хирургичното лечение, съпътстват жизнената история на пациентите още от раждането. Различните набори от активности в индивидуалния опит оказват влияние върху цялостното житейско функциониране (Везенков, 15). Реакциите, толерантността и устойчивостта към стрес в тези семейства са в риск. Съществени са и негативните социални влияния върху психиката, свързани с различния външен вид (белег на лицето, неправилно съзъбие и захапка) и говора (неразбираемост, затруднения в комуникацията на всички нива – с родителите, с връстниците и

в ежедневието). Тези нетипични събития от жизнената история се отразяват върху психофизиологията и формират своеобразни нетипични реакции на стрес, като се стабилизират неадекватни вегетативни реакции, които с времето стават устойчиви. Травмиращите влияния, независимо дали са физически или психически, служат като пусков механизъм за инструментализирани реакции, които се превръщат в определен вегетативен дисбаланс. Хирургичните интервенции и други инвазивни лечения и процедури могат да отключат вегетативни симптоми (Везенков, 13). Изследванията при пациенти, поставяни под анестезия, доказват симпатикова активация, характеризираща се с ускорен пулс, усещане за тежест в гърдите и нарушения в дишането (P. Levine, S. Porges, M. Phillips, 10).

Клиничната практика показва, че много от подрастващите и възрастните с ВЦУН покриват значителна част от критериите за посттравматично стресово разстройство (4), като се наблюдават повторно преживяване на събитията, свързани с лечението, симптоми на избягващо поведение, отрицателни мисли и емоции, изолация и самоизолация, промени във възбудата или емоционалните реакции, раздразнителност, повишена бдителност, безразсъдно поведение, нарушения на съня и затруднена концентрация. Тези особености оказват негативно влияние върху множество социални и икономически аспекти от живота на пациентите, включително интимните отношения, приятелствата и социалните контакти, родителството, финансите, работата и успеваемостта в обучението. Един от най-значимите проблеми са ограничените комуникативни умения, в основата на които стои неправилният говор, свързан с дисфункцията на велофарингеалния механизъм.

Велофарингеална функция и дисфункция. Гримаси, съдвижения на лицето

За нормалната велофарингеална функция са необходими три компонента – нормална структура (анатомична или близка до нея), нормално движение (неврофизиологичен механизъм) и нормална функция (заучено поведение) (Kummer A., 7). Велофарингеална дисфункция (ВФД – нарушена функция на мекото небце) се наблюдава, когато е налице нарушение в един от тези три компонента по време на реч. Това е широк термин, обхващащ всички случаи, при които велофарингеалният клапан не се затваря напълно при произнасянето на орални речеве звукове (всички с изключение на М и Н). Kummer определя три възможни разновидности на това нарушение.

Първата е велофарингеална инсуфициентност (velopharyngeal insufficiency – VPI), свързана със състояния, при които анатомичен или структурен дефект пречи на нормалното затваряне на велофарингеалния клапан. Това състояние е най-често срещано, тъй като включва случаи с късо или абнормно меко небце. Втората разновидност е велофарингеалната некомпетентност (velopharyngeal incompetence – VPI), която се определя като неврофизиологично нарушение, при което резултат са ограничените движения на велофарингеалните структури. Тя се описва като дизартрия, причинена от кортикални увреди или веларни парези вследствие на увреда на краниалните нерви. Третата разновидност е велофарингеалното неправилно заучаване, което често е свързано с недостатъчно функциониране на велофарингеалния клапан при произнасяне на определени звукове.

И в трите случая се наблюдават няколко основни патологични механизма, свързани с компенсаторната моторика: мекото небце не затваря напълно прохода към носната кухина, налице е абнормна позиция на езика, нарушено говорно дишане, хиперфункция на гласилките и напрежения в лицевата мускулатура (Бояджиева-Делева, 2). Клиничната практика на автора на настоящото изследване показва, че трудно може да се определи коя от трите разновидности преобладава в случаите на късно оперирано меко небце и продължителна история на структурно и/или функционално нарушение. Поради това се приема терминът патологични компенсаторни артикулационни механизми (ПКАМ), които представляват неправилни говорни механизми, свързани с позицията на езика и с дискоординацията между дишане, артикулация и фонация (Harding A., Grunwell P., 9; Pamplona C., Ysunza A., 5; Маркова Й., 8). Те могат да се наблюдават и при добра постхирургична оценка на мекото небце.

Велофарингеалната дисфункция засяга говора в различна степен – от специфични фонемни замени до тежка неразбираемост. Това е свързано с хиперназалност (нарушен резонанс), назална емисия и патологични компенсаторни артикулационни механизми (ПКАМ), както и с намаляване на продължителността на речевото изказване поради нарушеното речево дишане и загубата на въздушно налягане. В резултат се нарушават фонетичните характеристики на съгласните и аеродинамичните процеси на говора.

Назалната емисия засяга предимно чувствителните към въздушно налягане звукове – преградните П, Б, Т, Д, проходните С, З, Ш, Ж и

преградно-проходните Ц и Ч. Те са най-уязвими, тъй като изискват високо орално налягане. Най-забележима, слухово доловима, е при беззвучните съгласни, тъй като те изискват по-голямо въздушно налягане в сравнение със звучните. Пациентът полага усилия, за да компенсира загубата на налягане, като тези усилия често се проявяват в лицеви съдвижения, нехарактерни за обичайната артикулация. Това влошава комуникативните изяви, допълнително акцентира върху различния външен вид, демотивира пациента и води до натрупване на напрежение, свързано със затрудненото общуване. Често пациентът не осъзнава напълно съдвиженията, които извършва по време на говорното усилие.

Формираните патологични компенсаторни механизми задължително включват и промени в мястото на артикулация на звуковете – изместване назад или напред. Необходима е задълбочена оценка и добро разбиране на същността на проблема, което се осъществява от опитен логопед и изисква време и значителни усилия, тъй като говорните звукове се поставят отново с правилен механизъм и трябва да бъдат автоматизирани и диференцирани от неправилните. Включването на нов артикулационен механизъм в спонтанната реч изисква правилна структура, добра функция, множество повторения в спокойно състояние, добро фонологично осъзнаване и самоконтрол върху собствената реч. Същевременно говорното дишане и осигуряването на диференцирана издишна струя през устата с достатъчно интраорално налягане изискват допълнителни дихателни упражнения (Бояджиева-Делева, 2). Успешността на логопедичната терапия при пациенти с дълга история на ВФД е зависима както от осъзнатата потребност, така и от общото психофизиологично състояние на пациента.

Велофарингеална дисфункция и мускулни групи, участващи в патологичните компенсаторни механизми при преградните звукове

Биомеханиката на движенията на лицето и в частност на артикулационните движения представлява сложна система от мускули и мускулни групи. В нея участват мимическите и дъвкателните мускули, мускулите на артикулационния апарат и на шията. Те осъществяват сложни комплекси от движения, които осигуряват вегетативната орална моторика, сложните артикулационни движения и превключвания, както и формират индивидуалната за всеки човек лицева експресия, съществена част от емоционалния му живот и ефективната

комуникация. Всеки път, когато говорим, мозъкът и мускулите осъществяват фино координирани движения с необходимата скорост, за да се получи разбираема реч и естествен лицев израз, съответстващ на емоционалното състояние.

В настоящото изследване не се обръща внимание на учленителните движения по принцип, а се фокусира върху патологичните комплекси на коактивация на мимическите мускули при артикулация на преградните звукове П, Б, Т, Д, К и Г в случаите на велофарингеална дисфункция. Звуковете П и Б са билабиални преградни, Т и Д – алвеодентални преградни, а К и Г – веларни преградни. Поради краткотрайната динамика на артикулиращия процес експираторната струя се освобождава внезапно и се възприема слухово като избух (експлозия). При нормални условия мекото небце е издигнато нагоре и не позволява на издишната струя да преминава през носната кухина (Тодорова, Е., 12).

Според цитираните артикулационни характеристики в учленението на изследваните звукове участват устните (*m. orbicularis oris*), езикът (скелетните и собствените мускули на езика) и мекото небце (мускулите на мекото небце). Когато мекото небце не функционира адекватно или не е достатъчно дълго, експираторната струя се разпилява през носа и не може да се създаде необходимото интраорално налягане за осъществяване на пълна преграда (експлозия), вследствие на което звукът губи своите акустични характеристики. Компенсаторният акт при така компрометирана артикулация често се изразява в изместване на звука назад и/или в налягане на устните и крилата на носа с цел компенсиране на изтичането на въздуха.

Това води до съкращаване на мускулите около устата и носа, а в някои случаи и на мускулите в областта на очната цепка (*m. corrugator supercilii*, *m. procerus*). Мускулът *levator labii superioris alaeque nasi* повдига средната част на горната устна и тегли встрани носното крило, като разширява съответната ноздра, формира назолабиалната гънка и оголва горните резци. Мускулът *zygomaticus major* тегли устния ъгъл нагоре и настрани, подобно на движение при смях, оголва горните зъби и също формира назолабиалната гънка; той се среща при около 36–42 % от индивидите (Clemente, Carmine D., 3). Мускулът *zygomaticus minor* тегли устния ъгъл нагоре и настрани, оголва горните зъби и задълбочава браздата между горната устна и бузата. Мускулът *levator labii superioris* повдига горната устна и я придвижва напред. Мускулите

depressor anguli oris и *risorius* изтеглят устния ъгъл съответно надолу и настрани, а *levator anguli oris* повдига устния ъгъл нагоре.

Носът също притежава мускулен комплекс, който участва в сложни движения, свързани с дихателния процес и лицевите експресии. Функцията на *m. nasalis* е да стеснява и разширява носната кухина при дълбоко вдишване, а *m. depressor septi* подпомага криловидната част на *m. nasalis* при разширяване на ноздрите. Мускулът *procerus* изтегля медиално надолу ъгъла на веждите, както при мръщене или концентрация. Активирането на някои от тези мускули или мускулни комплекси по време на артикулацията на преградните звукове представлява траен, инструментализиран патологичен компенсаторен механизъм, който оказва съществено влияние върху качествата на говора.

Цели на изследването

Целта на настоящото изследване е паралелно с логопедичната терапия да се приложи тренинг с биологична обратна връзка, и по-специално електромиографски биофийдбек (EMG-BFB), както и да се оцени неговият ефект при преодоляването на лицевите гримаси и съдвижения по време на артикулацията на преградните звукове (групите П–Б, Т–Д, К–Г).

Метод

Участници в изследването

Описаната процедура е проведена от практикуващ логопед, сертифициран като биофийдбек терапевт (сертификат № 202124/29.05.2021 г.), издаден от Център за приложни невронауки – София, в условията на частен логопедичен център по заявка на пациентите.

В изследването участват две пациентки. Диагностичните данни са извлечени от Електронно медицинско досие „Лицеви аномалии“. Това са Н.Х., жена на възраст 29 години, и С.Г., жена на възраст 34 години.

Общите предтерапевтични характеристики и на двете пациентки включват билатерална непълна асиметрична цепнатина на устната и алвеоларния гребен с разместване на фрагменти и малки носни деформации, тотална цепнатина на небцето, късна първична операция, проведена логопедична терапия, която не е постигнала субективно удовлетворяващ резултат за пациентите, както и коригираща операция

– фарингопластика, извършена през последните шест месеца с добра оценка на резултата от хирурга. И при двете се наблюдават назална емисия при експлозивни съгласни и патологични лицеви съдвижения по време на артикулация.

И при двете пациентки се отчита характерна за дистрес реакция на симпатикова активация, проявяваща се с ускорен пулс, усещане за тежест в гърдите, затруднено дишане и намалена продължителност на фонацията (3 – EMRFA). И двете пациентки оценяват ниско качеството си на живот, избягват общуване, имат трудности при професионалната си реализация и съобщават за страхови изживявания в комуникативни ситуации.

Материали

Система за биологична обратна връзка: Използвана е апаратура за биологична обратна връзка, включваща съответен хардуер, софтуер и сензори. Системата се свързва с персонален компютър и допълнителен монитор, предназначен за пациента. Терапевтът наблюдава сигналите на компютъра и отчита физиологичните параметри на настъпващите промени. Пациентът следи промените на своя монитор, където те са визуализирани под формата на аудиовизуални презентации в разнообразни, цветovo наситени среди, като например морско дъно, гора или нощен град. Системата разполага и с вградени игрови среди, при които освен наблюдение на обратната връзка пациентът участва активно в игрови задачи, което превръща тренинга в процес, изискващ не само пасивно наблюдение, но и активно участие при изпълнение на различни когнитивни задачи.

Сензорната конфигурация включва дихателен сензор (колан), чифт ЕКГ сензори с електроди за двете ръце, VVP сензор (плетизмограф) за отчитане на пулса и периферното кръвообращение, сензор за кожно-галванична проводимост, сензор за периферна температура, поставян на пръстите на неводещата ръка, както и чифт сензори за отчитане на електромиографската активност, позиционирани върху целевия мускул или мускулна група.

Логопедични техники: Паралелно с тренинга с биологична обратна връзка се използват и традиционни логопедични техники, които са описани в параграф „Ход на сесиите“.

Методи за регистрация и оценка: Оценка и промените в говора се документират чрез видеозапис. Записите се конвертират във формат

HTML5 WebM Movie (webm) и се съхраняват във файла на пациента в ЕМДЛА.

За оценка на речевата продукция се използва протокол за оценка на речевата продукция (ПОРП), въведен в практиката и документиран в ЕМДЛА. Протоколът включва четене на изречения и съдържа двадесет изречения с беззвучни и звучни съгласни, като във всяко изречение е включен един целеви звук, разположен в началото, средата или края на думите. Оценка на резонанса, назалната емисия и наличието на гримаси е перцептуална и се извършва от опитен логопед.

За оценка на качеството на живот се прилага въпросник за самооценка. Той съдържа таблица с различни дейности от физиологичен, социален и личностен аспект, като сън, спорт, сексуален живот, хранене, почивка и забавление, общуване с приятели, с партньор, с деца, с роднини и колеги, работа, творчество, учене, споделяне и разговор със себе си. Пациентът оценява всяка дейност по скала от 0 до 10, като въвежда степента на предпочитание към нея, удовлетвореността от количеството и качеството ѝ през последните 30 дни, наличието на съпротиви или ограничения при извършването ѝ, броя на хората, с които е била споделяна дейността през този период, както и желанието за въвеждане на подобрения.

Процедура

Пациентите подписват информирано съгласие за прилагане на тренинга и за използване на снимки, записи и извадки от сесии с тяхно участие. Описаната терапия включва шестнадесет (16) сесии с честота една (1) сесия седмично и продължителност 60 минути. Първата и последната сесия са диагностични. В рамките на тези сесии се прилага вграденият в системата протокол „Стрес-профил“, извършва се видеозапис на ПОРП (четене на изречения) и се попълват скалите за оценка на качеството на живот. В последната сесия се провежда ре-тест и интервю с пациента, насочено към отчитане на важни и евентуално настъпили съществени промени в качеството на говора и в ежедневието.

Същинските терапевтични сесии са четиринадесет (14), като целеви в тях са звуковете П, Б и Т, Д. В четири (4) от сесиите се прилагат протоколи с електромиографски биофийдбек, а в останалите десет (10) се работи с традиционни логопедични техники, но в условията на биофийдбек тренинг. В тези случаи пациентът е свързан към системата за биологична обратна връзка и паралелно се провежда тренинг с

протокола за плавност на пулсовата вариабилност (Smoothness – HRV). Специалните инструкции към пациента са свързани със запознаване със системата за биологична обратна връзка, представяне на използваните сензори и уверяване, че методът не въздейства директно върху тялото, а единствено отчита и предава към компютъра данни от различни телесни процеси, които се визуализират на монитора под формата на приятна аудиовизуална презентация. По този начин системата за обратна връзка предоставя информация за протичащите процеси, без да въздейства върху тях, като промените, които пациентите наблюдават на екрана, са резултат от собствения им психофизиологичен отговор като активни наблюдатели.

Ход на сесиите

Пациентът се настанява в удобно кресло, след което му се поставят сензорите. Всяка сесия е структурирана в три основни части – подготвителна, същинска и заключителна.

Подготвителната част продължава около 10 минути и включва тренировка за контрол върху нивото на стрес. Използва се протокол за плавност на промените в пулса (HRV), проследяват се промените в кожната проводимост (SCL) и се провежда тренинг за контрол върху дишането. Прилагат се релаксирано диафрагмено дишане, продължително дишане с обратна връзка при задържане на дишането над 300 ms, продължителна фонация и продължително издишване с проходни звукове. Вниманието на пациента се насочва към всяко вдишване и издишване, като първоначално се задава спокоен дихателен ритъм, а впоследствие и желан ритъм – бързо, дълбоко вдишване и бавно, контролирано издишване. Биофийдбек тренировката се използва като средство за трениране на абдоминално дишане, което е утвърден механизъм за релаксация. В съвременната биофийдбек практика се прилага корелационният параметър между дихателния и сърдечния ритъм, обозначаван като кохерентност между двете ритмични системи. Дихателните тренировки подпомагат говорното дишане, което е основен процес в говора, като постепенното и контролирано подаване на експираторен въздух е в основата на фонацията и поддържането на говорното дишане. През цялото време пациентът се инструктира да запомня наблюдаваните положителни промени като форма на положително подкрепяне (Везенков, 15).

Установено е, че параметърът HRV е чувствителен към промени в

емоционалното състояние. За разлика от други психофизиологични променливи, HRV предоставя информация както за парасимпатиковата, така и за симпатиковата активация и по този начин влияе върху възбудните и задръжните процеси в емоционалната регулация. Този протокол е основен в използваната система и е обозначен като плавност на сърдечната вариабилност (Smoothness) (Somatic Vision, 12). Чрез него се постига осъзнаване и кохерентност между дихателната и сърдечната дейност. При спонтанно или съзнателно достигане на желано ниво на кохерентност пациентът получава положителна обратна връзка под формата на промяна в средата или постигане на цел в игрова задача. Същинската част на сесиите включва активни упражнения в биофийдбек среда. Прилагат се миофункционални и артикулационни упражнения, постановка на позицията на езика при неправилно реализирани звукове, фонаторни упражнения с гласни, повторение на изолирани звукове, срички (СГ, ГС, СГС) и думи, предимно в начална позиция, както и диференциация между правилна и неправилна артикулация. Упражненията се изпълняват при непрекъснато наблюдение на желаните промени на монитора и поддържане на постигнатото функционално състояние. Чрез наблюдението и положителната подкрепа процесите постепенно се автоматизират, като крайният полезен резултат се превръща в нова способност. При постигане на възстановен естествен баланс или регулация на даден процес той се автоматизира чрез повторение (Везенков, 16).

В рамките на същинската част се прилага и протокол за електромиографски биофийдбек, чрез който се подобрява контролът върху мускулното съкращение, както и вътрешната биоелектрична активност на конкретни мускулни зони. Поради сложната организация на лицевата мускулатура не е възможно поставянето на сензор върху отделен мускул, поради което всеки сензор се състои от два електрода, позиционирани максимално близо един до друг. Те се прикрепят с лепенки от двете страни на носа в областта на границата между назалния, инфраорбиталния, оралния и букалния регион, където се активират *m. levator labii superioris alaeque nasi*, *m. zygomaticus major* и *m. zygomaticus minor*. Както е описано по-горе, съкращаването на тези мускули по време на артикулацията на преградните звукове представлява патологичен артикулационен механизъм. Биофийдбек апаратурата дигитализира получените сигнали и ги трансформира в аудиовизуална презентация, която се изменя в зависимост от

нивото на биоелектричната активност. На този етап от практиката на терапевта се използва вграденият в системата протокол за автоматична релаксация. Целта е осъзнаване на неправилната гримаса в спокойна и подкрепяща среда, която осигурява форма на възнаграждаване при липса или минимална мускулна активност по време на различни задачи. По този начин се цели овладяване на нова способност за контрол върху лицевата мускулатура, която след достатъчен брой повторения да се автоматизира при артикулацията на преградните съгласни. Използваната система разполага с вградени протоколи за електромиографски тренинг, като се прилага двуканален протокол за мускулна релаксация.

Поетапно задачите в електромиографския тренинг включват осъзнаване на обратната връзка, подавана от системата, както и дискриминация между мускулна активност и релаксация при различни условия – упражнения за орален праксис, диференцирано дишане през носа и устата, издишна струя с продължително произнасяне на проходни звукове, издишване с междузъбна позиция на езика, продължително произнасяне на гласни, артикулация на изолирани преградни звукове П и Т, работа със срички и сричкови комплекси със звуковете П, Б, Т и Д, думи с целеви съгласни в начална позиция, както и пароними в начална позиция, противопоставящи звучни и беззвучни съгласни (напр. пие – бие, Тони – Дони).

Заклучителната част на сесията включва отново релаксация и отпускане чрез протоколи за контрол на нивото на стрес, кратки игрови задачи с поставена цел, както и разговор с терапевта с продължителност около 10 минути. Прилагат се различни техники за насочване на вътрешния диалог с цел постигане на релаксиращо състояние на тялото и ума.

Анализ

Анализирането на данните от проведеното изследване е разнороден процес, който изисква компетентност в няколко области – неврофизиология, логопедия и психология. Поради ограничения обем на настоящата работа се представят само базисните методи за анализ.

Анализ на данни от HRV тренинга

В хода на сесиите се отчита промяна в плавността на сърдечната вариабилност (HRV). Тя се визуализира за терапевта чрез графично представяне на определени параметри в трицветен код, като се регистрира времето, прекарано в различните зони на плавност – висока,

средна и ниска. Така се проследяват положителните или отрицателните промени в процесите за определени интервали от време. Представят се и процентни съотношения, като една ефективна тренинг сесия се характеризира със средна стойност на плавност над 50%.

Пациентът наблюдава положителна промяна на аудиовизуалната презентация под формата на изясняване и детайлизиране на картината или възможност за продължаване на игрова задача. На пациентския монитор може да се визуализира и кохерентността между дихателната и сърдечната честота като изображение на вълни, които постепенно влизат в резонанс. Пациентът следва вълната в долната част на екрана, като при нейното издигане вдишва, а при спада издишва и изпълнява описаните по-горе упражнения.

Анализ на данни от EMG тренинга

При електромиографския тренинг данните, получени от сензорите, се дигитализират и се представят графично като показатели за мускулната активност, които терапевтът наблюдава и протоколира в зависимост от изпълняваното упражнение. Мускулната активност се изразява чрез повишаване на сигнала, а релаксацията – чрез неговото понижаване. Намалването на амплитудата на сигнала показва понижаване на мускулната активност и съответно по-релаксирано състояние на изследваната зона.

Обратната връзка подкрепя желаното поведение на пациента. Поставя се задача за постигане на осъзнаване и контрол върху движенията на лицето в покой и при изпълнение на упражненията, като целта е визуализираната среда да остане непроменена. При ниска или средна мускулна активност пациентът получава подкрепяща награда, а при повишена активност и мускулно съкращаване визуалната среда се променя по начин, възприеман като корективна обратна връзка. Включен е и слухов стимул – музикален фон, който утихва при неуспех или се усилва при релаксация и добър контрол. В процеса на наблюдение се активира изследователският рефлекс за опознаване на средата, награждаваното поведение се стреми да се повтори и новата способност се автоматизира на по-ниско, безсъзнателно ниво, без излишно напрежение.

Тест–ретест артикулация

Аудиозаписите на изреченията от теста се преглеждат многократно, като данните се обобщават в таблица. Изчислява се процентното

съотношение между правилно и неправилно реализираните съгласни П, Б, Т, Д, К и Г в тестовите изречения. За правилни се считат съгласните, реализирани без гримаси и съдвижения, като хиперназалността не се взема предвид, тъй като представлява феномен на фонацията, а не на артикулацията. За неправилни се отчитат съгласните, артикулирани с гримаси и с активация на горната устна, назолабиалната гънка и ноздрите. Полученото съотношение между правилните и неправилните реализации се представя графично в линейна форма.

Анализ на суровите данни от въпросника за самооценка на качеството на живот

На принципа тест–ретест се сравняват сумарните точки по скалите за самооценка. Увеличаването на резултатите при втората самооценка по трите скали се интерпретира като подобрене в отношението на пациента както към количеството, така и към качеството на значимите дейности в живота. Провежда се и интервю за наличие на промени в живота и за тяхната същност, като пациентът прави субективна преценка доколко тези промени са значими за качеството на неговия живот.

Резултати

При ре-тест изследването на четене на глас на изречения се отчита промяна в реализацията на звуковете П, Б и Т, Д. При звуковете К и Г, които не са били включени в терапевтичните сесии, не се наблюдава съществена промяна. Наблюдава се значително намаляване на патологичните съдвижения и мобилизацията на средната част на лицето по време на артикулацията на П и Б във всички позиции, намаляване при артикулацията на Т и Д и липса на съществена промяна при артикулацията на К и Г. От общо осемдесет и шест (86) реализации в двадесетте изречения се отчита намаляване на реализираните с гримаси и съдвижения преградни звукове с 26% при пациентката Н.Х. и с 62% при пациентката С.Г.

Подобряват се акустико-артикулационните характеристики на речта. Възстановява се билабиалният контакт при артикулацията на звуковете П и Б, както и алвеоденталният контакт при артикулацията на звуковете Т и Д. Преградността при тези звукове се възстановява, което води до подобряване на акустичните им характеристики и отпадане на отслабеността. Изместената напред позиция на езика допринася за положителна промяна и в резонантните характеристики при фонация.

И двете пациентки споделят, че възприемат гласа си като по-ясен и по-комфортен и усещат по-добър контрол върху позицията на езика при артикулацията на Т и Д.

Отчита се подобрене в оралния и артикулационния праксис. Стават възможни съзнателни волеви движения, чието изпълнение е било затрудняващо и за двете пациентки по време на логопедичната терапия в детска възраст, като бръмчене с устни, извличане на звук от свирка, насочване на струя въздух или течност през сламка навън и навътре, цъкане с език, клакиране с език и издуване на бузи. Ограничената подвижност на устните се преодолява, като се подобряват тонусът, силата и превключваемостта при движенията на устните и езика.

И двете пациентки подобряват параметрите си при тренинга с HRV, отчитани в протоколите за оценка на прогреса, вградени в софтуера на системата. Намалява се времеви интервал, необходим за навлизане в зоната на подобрена плавност на HRV. Усвоената по време на тренинга способност за постигане на релаксирано състояние се пренася и в ежедневието, като се използва при проблеми със съня и заспиването, при изграждане на стратегии за справяне със стресови ситуации в работната среда и при трудни за пациентките комуникативни ситуации. Биофийдбек системата отчита и подобряване на параметрите на дишането, като абдоминалното дишане се проявява като кратък, но високоефективен процес на релаксация. Тренировките с гласните звукове увеличават обема на издишната струя при говор, активират процесите на парасимпатиковата активност и включват пациента в по-ефективен механизъм за преработка на стреса.

Наблюдава се и промяна в отношението на пациентките към живота, както и отваряне на качествено нови перспективи и събитийен ред. Сумарните самооценки по скалите на въпросника за качество на живот се увеличават – при Н.Х. с 45%, а при С.Г. с 21%. И двете пациентки споделят качествени и значими промени в живота си.

Пациентката Н.Х. подобрява интимните си отношения и започва да живее самостоятелно със своя партньор. Започва работа, в която се чувства добре, макар и с извънредно натоварване, като професионалната ѝ дейност е свързана с обслужване на клиенти в разнообразни комуникативни ситуации. Пациентката С.Г., която е юрист по образование, започва втора магистратура и изгражда нова интимна връзка. Тя взема решение да промени работата си, тъй като в предходната се е чувствала неуверена и социално изолирана. Отчита

се и подобряване на способността за заспиване и на качеството на съня, както и по-уравновесени реакции при стрес, особено при шофиране и в проблемни ситуации с познати, приятели и роднини.

Дискусия

В логопедичните практики, познати на автора, за преодоляване на лицевите съдвижения след възстановяване на структурната аномалия най-често се използва самоконтрол пред огледало. Прилагането на електромиографски биофийдбек дава възможност този процес да бъде изведен извън рамките на съзнателния контрол и да се автоматизира значително по-бързо. По принципа на инструментализираното учене (Везенков, 17) собствените регулаторни системи на пациента влизат в режим на автоматизиране и запаметяване на новата способност. Това се осъществява в подкрепяща и приятна среда чрез изключително богата на стимули визуализация. Използването на модерна технология действа мотивиращо и ангажира пациентите към по-активно участие в терапевтичния процес. За разлика от това, съзнателният контрол пред огледало предполага постоянно възприемане на собственото лице, което често е проблематично при пациентите с ВЦУН поради затруднения в приемането на външния им вид.

Постигането на терапевтичен ефект и корекцията на неправилния артикулационен механизъм в рамките на шестнадесет сесии (четиримесечен период), макар и в рамките на една звукова група, представлява добра времева рамка за логопедична интервенция. За да се докаже ефективността на клиничното приложение на електромиографския биофийдбек като допълнение към конвенционалната логопедична терапия при ВЦУН, е необходимо изследване на по-голям брой случаи и сравнение между терапия с използване на биофийдбек и терапия без такъв тренинг. И в двата случая от съществено значение остават конкретните логопедични техники и похвати, специализирани за работа при цепнатини, които се подчиняват на лингвистичния принцип за упражнения в контекста на езика. Самостоятелното стимулиране на мускулната активност извън контекста на артикулационната терапия не би довело до описаните резултати. Не може да бъде пренебрегнат и приносът на личността на терапевта, неговата опитност и способността му да изгради доверителна и стабилна терапевтична връзка с пациентите.

Асоциацията за приложна психофизиология и биофийдбек (The

Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback) определя биофийдбек тренинга като процес, който позволява на хората да променят своята физиологична активност с цел подобряване на здравето, производителността и общото функциониране. Тези промени често са свързани с изменения в мисленето, емоциите и поведението. Подкрепяните от тренинга желани физиологични промени повишават психичната устойчивост, подпомагат регулацията на автономния баланс и моделират по-ефективни копинг стратегии при стрес. С течение на времето тези промени се стабилизират и се запазват дори без продължителна употреба на апаратурата. При пациентите с ВЦУН, които често се нуждаят от подкрепа през целия си живот, този метод за изграждане на устойчивост и саморегулация може да бъде особено ценен.

Изводи

Електромиографската биологична обратна връзка представлява метод, който може да осигури допълнителни ползи, когато се прилага като допълнение към стандартната логопедична терапия, като подпомага осъзнаването и преодоляването на лицевите гримаси.

Използването на този допълнителен метод води до значително повишаване на ефективността на логопедичната терапия.

HRV тренингът предоставя нови възможности за преработка на травматични състояния, свързани с медицинското състояние при вродена цепнатина и с продължителния процес на лечение.

Библиография

- Анастасов, Ю.** (2006). *Лицеви аномалии*. Пловдив: Polygraph Commerce.
- Бояджиева-Делева, Е.** (2020). *Оромоторна логопедична терапия: теоретични аспекти и практическо приложение*. Варна: ИК „Стено“.
- Маркова, Й.** (2018). Влияние на структурното нарушение върху развитието на езиковата система при деца с вродена цепнатина на устната и/или небцето. – В: *Сборник доклади от международна конференция „Детският език“*. София: ЛЦ Ромел.
- Тодорова, Е.** (2018). *Артикулационни нарушения*. София: Издателство Нов български университет.
- Везенков, С.** (2011). *Приложна неврофизиология на човека*. Благоевград.
- Везенков, С.** (2013). *Соматична поведенческа терапия – биофийдбек: парадигми, проблеми, приложения, ефикасност*. София.

- Везенков, С.** (2019). Successful influence of autonomous dysregulation by biofeedback neurotrainings – Bulgarian practice. *ResearchGate*. Последно посещение на: <https://www.researchgate.net/publication/337819162>
- Clemente, C. D.** (2011). *Anatomy: A regional atlas of the human body* (6th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harding, A., & Grunwell, P.** (1998). Active versus passive cleft-type speech characteristics. *Journal of Language & Communication Disorders*, 33.
- Kummer, A. W.** (2020). *Cleft palate and craniofacial conditions: A comprehensive guide to clinical management* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Pamplona, C., & Ysunza, A.** (2000). Linguistic development in cleft palate patients with and without compensatory articulation disorder. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54.
- Levine, P., Porges, S., & Phillips, M.** (2015). *Healing trauma and pain through polyvagal science* [e-book].
- Somatic Vision.** (n.d.). *Somatic Vision biofeedback systems*. Последно посещение на: <https://www.somaticvision.com>
- EMRFA.** (n.d.). *Electronic Medical Record for Facial Anomalies*. Последно посещение на: <http://emrfa.org/>

СОЦИАЛНА ТРЕВОЖНОСТ И ЗАЕКВАНЕ

Елка Горанова
Югозападен университет „Неофит Рилски“
elkalogo@swu.bg

Резюме: Речевите неплавности при лица, които заекват (ЛКЗ), са динамични и варират значително в зависимост от комуникативната ситуация или задачата. Заекването не се изчерпва единствено с наблюдаваните речеви прояви, а е свързано и с емоционални и когнитивни затруднения като страх, тревожност, гняв, безпомощност, напрежение и очакване на негативна оценка. Тези преживявания често водят до поведенчески стратегии за избягване, които ограничават комуникацията и участието в социални ситуации и могат да доведат до понижено качество на живот. Влиянието на заекването се разпростира извън речта и засяга професионалната реализация и социалните взаимоотношения.

Целта на изследването е да се оцени субективното преживяване на заекването от гледна точка на самия говорещ чрез прилагането на „Профилен анализ за самооценка на говорното поведение при заекване“ (WASSP) (Wright & Ayre, 2000).

Методика: Използван е WASSP – бърз и лесен за администриране инструмент, при който участниците оценяват по скала от 1 до 7 различни аспекти на заекването: поведение, мисли, чувства, избягване и загуба на предимство. Самооценката се провежда в началото и в края на терапевтичния период.

Резултати и изводи: Чрез структурирана самооценка WASSP позволява да се идентифицират индивидуалните характеристики на заекването, да се определи субективното въздействие върху ежедневно функциониране и да се проследят промените във времето. Инструментът подпомага планирането на клиент-центрирана терапия, повишава саморефлексията и активното участие на клиента в терапевтичния процес.

Ключови думи: заекване; социална тревожност; самооценка; WASSP; логопедична терапия

SOCIAL ANXIETY AND STUTTERING

Elka Goranova
South-West University “Neofit Rilski”
elkalogo@swu.bg

Abstract: Speech disfluencies in people who stutter (PWS) are dynamic and vary considerably depending on the communicative situation or task. Stuttering represents only one observable aspect of a complex condition that also involves emotional and cognitive difficulties such as fear, anxiety, anger, helplessness, tension, and anticipation of negative evaluation. These experiences often lead to avoidance behaviors that restrict communication and limit full participation in social situations, potentially resulting in a reduced quality of life. The impact of stuttering extends beyond speech and affects professional development and social relationships.

The aim of the present study is to evaluate the subjective experience of stuttering from the speaker's perspective using the Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile (WASSP) (Wright & Ayre, 2000).

Method: WASSP is a brief and easy-to-administer self-assessment tool in which participants rate different aspects of stuttering on a 7-point scale, including behavior, thoughts, feelings, avoidance, and loss of advantage. Self-assessment is conducted at the beginning and at the end of the therapeutic period.

Results and conclusions: Structured self-assessment through WASSP allows for the identification of individual stuttering characteristics, assessment of the perceived impact on daily functioning, and monitoring of changes over time. The tool supports client-centered therapy planning, enhances self-awareness, and encourages active client participation in the therapeutic process.

Keywords: stuttering; social anxiety; self-assessment; WASSP; speech therapy

Въведение

През последното десетилетие на XXI век броят на базираните на доказателства публикации, изследващи връзката между заекването и тревожността, нараства значително. В научните публикации от средата на 80-те години на миналия век се постулира, че не съществуват достатъчно убедителни доказателства за връзка между заекването и тревожността (Andrews et al., 1983; Ingham, 1984; Bloodstein, 1987; Menzies et al., 1999), докато преглед на научната литература от последните 20 години показва наличието на убедителни емпирични данни за такава връзка (Iverach et al., 2011; Brundage, 2021; Bernard et al., 2022). Авторите съобщават за напредък в клиничното доказване на тревожността при лицата, които заекват, както и за разработването на нови подходи за нейното клинично измерване.

Проучване от 2019 г., обхващащо 502 възрастни лица, които заекват, показва, че „често или винаги“ те изпитват срам (53%), емоционално изтощение (49%) и чувство на засраменост (45%) в моменти на заекване (Tichenor & Yaruss, 2019: 439). През 2021 г. се появяват и данни от

изследвания, които установяват наличие на тревожност още в ранните етапи от развитието на лицата, които заекват. Систематичен преглед и мета-анализ по темата заключават, че „обобщеният размер на ефекта показва, че децата и юношите, които заекват, имат по-високи нива на тревожност в сравнение със своите връстници, които не заекват“ (Bernard, Hofslundsengen & Norbury, 2022: 1).

През 2021 г. мненията на 12 учени в областта, сред които Brundage, Ratner, Boyle, Eggers, Everard, Franken, Kefalianos, Marcotte, Millard, Packman, Vanryckeghem и Yaruss, подчертават необходимостта от цялостна клинична оценка, обхващаща области, свързани с речевата тревожност: реакции на заекването от страна на говорещия; реакции на заекването от страна на хората от неговото обкръжение; както и неблагоприятното въздействие, причинено от заекването. В най-общ план очакването за вреда води до възникване на безпокойство. Тревожността, свързана със заекването, се фокусира основно върху очакването на вреда в социални ситуации, в които се изисква говорене. Примери за подобна вреда са социалното отхвърляне, присмехът или игнорирането (Messenger, Onslow, Packman & Menzies, 2004).

Социалното тревожно разстройство е свързано с непреодолим страх от унижение и срам в социални ситуации и ситуации на представяне. Засегнатите изпитват силен страх от негативна оценка и преценка от страна на другите. Например то поражда страх и избягване на дейности като изразяване на несъгласие с другите в социална ситуация, изразяване на противоречива гледна точка и по какъвто и да е начин да бъдеш център на внимание. Социалните и говорните ситуации обикновено се избягват или се понасят с изключителен дистрес, често придружен от физиологични симптоми, което би могло (но не непременно) да се прояви като изпотяване, зачервяване, повишен сърдечен ритъм, сърцебиене, хипервентилация, сухота в устата, задух, гадене, главоболие, тремор и напрежение в мускулите. Тези физиологични симптоми могат да доведат след себе си и когнитивни симптоми, като блокиране на умствената дейност, затруднена концентрация и изчервяване. По време на изследванията физиологичните реакции на тревожност могат да бъдат измерени чрез вземане на слюнка (кортизол – т.нар. хормон на стреса), кожна проводимост, кръвно налягане, температура, честота на дишане и сърдечен ритъм. Те не се увеличават или намаляват систематично по единен начин. Една ситуация може да провокира тревожност и да я увеличи, докато друга

може да я намали или да не я промени. Не е задължително всички симптоми да са налице, когато някой е разтревожен и неспокоен. Тези характеристики на тревожността са добре известни в клиничната психология и е доказано, че са пряко свързани с ЛКЗ. По-точно лицата, които заекват, могат да бъдат обезпокоени от деструктивни мисли и убеждения относно отрицателната социална оценка, но не е задължително да имат признаци за желание за избягване на ситуация, бягство или физиологична реакция. Напълно възможно е някой, който заеква, винаги да попада в стресови ситуации и да изпитва стрес, но без никакви физиологични признаци. Вероятно при повечето клиенти, които заекват, виден признак на безпокойство е това, което биха споделили с клиницистите: мислите за лошата социална оценка (Iverach & Rapee, 2014; Iverach et al., 2017).

Важна особеност на социалното тревожно разстройство е, че очакването за унижение и срам в социални ситуации е нереалистично и ирационално с оглед на реалната заплаха. Клиничните психолози групират следните емоции, свързани с тревожността: уплаха, срамежливост, паника и несигурност. Тревожността обикновено се описва като сложно психологическо състояние, съставено от вербално-когнитивни, поведенчески и физиологични компоненти. Вербално-когнитивната тревожност обикновено включва мисли и очаквания за негативни и нанасящи емоционална вреда събития. Видът вреда, която очакват ЛКЗ в различни социални ситуации, е страхът от негативна оценка. Те могат да възприемат ситуацията, в които се представят (например обръщение към група хора), като заплашителни и опасни. Страхуват се, че слушателите в такива ситуации ще си изградят негативна представа за тях и че тази негативна представа ще им навреди (като например ще ги унижи или принизи). Естествено е, че повечето хора изпитват социална тревожност в някои ситуации, особено когато говорят пред публика. В определен момент обаче тревожността става клинично проблематична, защото пречи на обичайното удоволствие от житейските дейности.

Резултатите от изследванията през този век продължават да потвърждават, че като група възрастните, които заекват, са по-социално тревожни в сравнение с тези, които не заекват (Vanryckeghem, Matthews, Xu, 2017; Craig, Tran, 2006; Alm, Risberg, 2007; Gabel, Colcord, Petrosino, 2002; Kraaimaat, Vanryckeghem, Van Dam-Baggen, 2002; Tran, Blumgart, Craig, 2011; Chu, Sakai, Lee, Harrison, Tang, Mori, 2020;

Tomisato, Yada, Wasano, 2022; Craig, Tran, 2014). В изследванията са включени анализи, които използват утвърдени психометрични тестове за тревожността като черта на характера от една страна и за социалната тревожност от друга, като се сравнява група участници, които заекват, с контролна група. Единадесет проучвания изследват тревожността като черта на характера, а осем – социалната тревожност. Тези резултати потвърждават, че заекващите се различават като група от тези, които не заекват: размерът на ефекта за тревожността като черта на характера е $d = 0,57$, като значително по-голям е размерът на ефекта за социалната тревожност – $d = 0,82$.

Заекване и социално тревожно разстройство. В определението за заекване в контекста на МКБ-11 (влязла в сила от 1 януари 2022 г.) за първи път се акцентира върху важните области на функциониране, а не само върху симптомите: „Заекване на развитието се характеризира с често или с цялостно нарушаване на нормалния ритмичен поток и скоростта на речта, изразяващо се в повторения и удължавания на звукове, срички, думи и фрази, както и в блокажи, избягване или заместване на думи. Речевата неплавност е постоянна във времето и започва през периода на развитие, като плавността на говора е значително под очакването за възрастта. Речевата неплавност води до значително увреждане на социалната комуникация, личната, семейната, социалната, образователната, професионалната или други важни области на функциониране.“

С цел да се актуализира адаптираната рамка за заекването на Международната класификация на функционирането, увреждането и здравето на СЗО, предложена от Yarus & Quesal (2004), е проведено проучване от Tichenor и Yarus през 2019 г. с участието на 430 възрастни лица, които заекват, и които качествено описват термина „заекване“. Данните са анализирани тематично, за да се определят преживяванията на заекващите в момента на заекването и цялостният им опит със заекването в живота. Тези данни се използват за актуализиране на адаптацията на Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето на Световната здравна организация, с цел по-добро отчитане на сложния и индивидуализиран фенотип на заекването и разработване на дефиниция, основана на опита на възрастните лица, които заекват, която не се базира единствено на наблюденията на слушателите, а и на въздействието на заекването върху живота

им. В процес на разработване е личностно-центрирана дефиниция за заекването, която се основава не само върху наблюденията на слушателите, но и върху въздействието на заекването върху живота на самите заекващи. Тези данни предоставят нови доказателства за по-задълбоченото изучаване на сложния и индивидуализиран фенотип на заекването (Tichenor & Yaruss, 2019).

Съществуват доказателства, че лицата, които заекват и търсят клинична помощ, вероятно имат и социално тревожно разстройство. Разпространението на разстройството сред населението е 8–13% (Iverach & Rapee, 2014; Kessler et al., 2005).

Въпреки това съобщенията за случаи на социално тревожно разстройство са често срещани при заекващите (De Carle & Pato, 1996; Massenfill, 1965), като състоянието се отчита при 40%, 44% и 60% от случаите в логопедичните клиники (Blumgart, Tran & Craig, 2010; Stein, Baird & Walker, 1996; Iverach, O'Brian, Jones, Block, Lincoln, Harrison, Hewat, Menzies, Packman & Onslow, 2009).

Цел на изследването

Целта на изследването е чрез приложението на „Профилен анализ за самооценка на говорното поведение при заекване“ (WASSP) (Wright & Ayre, 2000) да се оцени субективното преживяване на заекването от гледна точка на самия говорещ и да се планира терапия, центрирана към клиента.

Контингент и методи на научното изследване

Критерии за включване в изследването. Първоначално в изследването бяха включени 25 участника, с които беше проведена цялостна диагностична процедура (логопедична и функционална) и които отговаряха на следните изисквания (по данни от анамнезата):

- да са лица над 18 години;
- да говорят български език и да са без история на психиатрични, когнитивни, говорни или езикови нарушения, различни от заекването;
- заекването да се е появило в ранна детска възраст – 2,5–6 (7) години;
- заекването да не е следствие от прием на медикаменти или физически травми на главата;
- да не е провеждана терапия през последните 2–3 години;

- процентът на произнесените срички със заекване да е над 10% (до 10% се счита за нормално нарушена плавност на речта – повторения на думи и фрази до два пъти и липса на съпътстващи движения) (Peters & Guitar, 1991; Симонска, 2013).

Критерии за изключване от изследването. От изследването отпаднаха 8 ЛКЗ поради неизпълняване на предварително определените упражнения и техники в домашни условия, както и поради неявяване на последващите диагностични тествания на 3-, 6- и 9-ия месец (нелоялно отношение към изследването).

Окончателният брой на лицата, с които се проведе изследването, е 17, със средна възраст 25,1 години и диапазон 18–46 години. Съотношението мъже към жени е 1:3. Изследването е проведено в периода 2015–2020 г. в логопедичен кабинет в гр. София и в Центъра по логопедия, УК 8 към ЮЗУ „Н. Рилски“, гр. Благоевград. Терапията беше изцяло безплатна за участниците, като те бяха обучени да използват и мобилно приложение за провеждане на дихателните тренинги в домашни условия. С всички заекващи лица е била провеждана терапия в детството и/или в училищна възраст.

Методи на изследването

Приложен е „Профилен анализ за самооценка на говорното поведение при заекване – WASSP“, който представлява бърз и лесен за администриране чеклист с ясни инструкции, при който промяната в резултатите се визуализира в цветова и цифрова форма. Клиентите попълват лист за самооценка в началото и в края на терапевтичния период и степенуват по скала от 1 до 7 своето възприятие за всеки от аспектите на заекването:

- **Поведение:** честота на заекванията; физическо напрежение по време на заекването; продължителност на неплавностите; неконтролируеми неплавности; бърз темп на речта; съдвижения на лицето и тялото; общо ниво на физическо напрежение; загуба на зрителен контакт и др.;
- **Мисли:** негативни мисли преди започване на говоренето; негативни мисли по време на говоренето; негативни мисли след приключване на говоренето;
- **Чувства:** фрустрация, неудобство, страх, гняв, безпомощност и други;

- **Избягване:** на думи; на ситуации; на говорене за заекването с други хора; на приемане на проблема от себе си;
- **Загуба на предимство:** вкъщи, в обществото, в образованието, на работа.

Резултати от изследването

Резултати от прилагане на „Профилен анализ за самооценка на говорното поведение при заекване – WASSP“ (Wright & Ayre, 2000).

При попълването на профилния анализ за първи път клиентите задължително вписват целите и резултатите, които очакват от терапията. При второто попълване описват доколко крайният резултат се припокрива с поставената цел и какво е постигнато по време на терапията. Установяването на терапевтичната цел е необходимо, тъй като това е единственият начин, по който както терапевтът, така и клиентът могат да разберат, че животът на клиента се е променил, т.е. терапията е била успешна. В края на терапията клиентът и терапевтът съвместно прехвърлят резултатите от рейтинговите листа в диаграмата на резюмето, като използването на цветни маркери осигурява визуална картина на промяната в терапията. Дискусията между клиента и терапевта представлява централна част от процедурата, като целта е да се даде възможност на ВЛЗ да придобият по-реалистична представа за настъпилите промени и да се конкретизират допълнителни цели, ако е необходимо.

Описателни резултати

Резултатите отчитат значителна положителна промяна в отговорите преди и след приключването на терапията при 14 от общо 17 ВЛЗ. Наблюдава се малка, но значима корелация между възрастта и лимитирането на описаните аспекти от живота: по-младите участници са по-малко склонни да изпитват трудности с комуникацията, отколкото по-възрастните участници. Полът, от своя страна, е фактор, който показва, че мъжете изпитват по-голямо отрицателно влияние вследствие на заекването си върху качеството на живот в сравнение с жените участници. Не се установи връзка между нивото на образование и резултатите от който и да е от айтемите на WASSP.

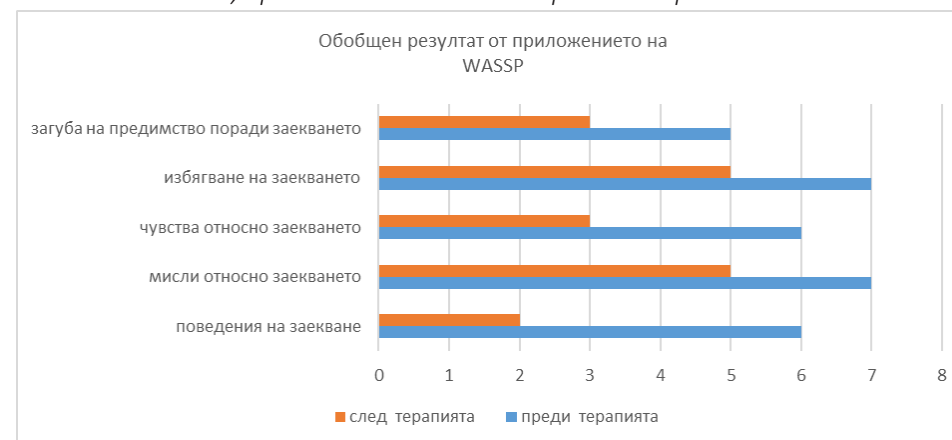
Като интересен резултат трябва да се отбележи, че социалната лимитация не зависи толкова от степента на тежест на заекването, а

от това как самите заекващи предполагат, че околните възприемат тяхната неплавна реч. Четирима от ВЛЗ с тежка степен на заекване описват, че участват пълноценно и не изпитват ограничения в нито една от сферите, докато други трима заекващи с умерена степен на тежест се чувстват силно ограничени. Този факт дава индикации, че честотата на заекването не е факторът за ограничаване, а по-скоро начинът, по който ЛКЗ смятат, че слушателите и околните реагират на нарушената плавност.

Според трима от участниците не е настъпила очакваната промяна след терапията, като това е отбелязано при айтемите „мисли относно заекването“ – „негативни мисли преди говорене“ и „негативни мисли по време на говорене“ (S11, S10, S14). В айтема „чувства относно заекването“ много лека положителна промяна е отбелязана при „фрустрация“ и „страх“ (S10, S14, S17).

На Фиг. 1 е представена тенденцията за устойчивост при трансфера на постигнатите резултати и за запазване на нивото след 9-ия месец.

Фиг. 1. Обобщен резултат от приложението на WASSP за цялата група ВЛЗ, преди началото и след края на терапията



Заклучение

Дори и да няма отрицателни последици от страна на околните, възрастните лица, които заекват (ВЛЗ), често сами предизвикват негативни мисли и преживявания, самоукоряване, липса на самоуважение и увереност в себе си, тъй като предполагат, че

обществото ще ги заклеми. Така самостигмата (self-stigma) заема централно място в техния живот, а ефектите от нея при ВЛЗ имат по-широки последици – те очакват отрицателна оценка от другите във всеки един момент от ежедневието, и най-вече на работното си място (Iverach, Menzies, Jones, O’Brian, Packman & Onslow, 2011; Bricker-Katz, Lincoln & Cumming, 2013; Iverach, Rapee, Wong & Lowe, 2017). В резултат от заекването лицата с по-високи нива на самостигма са изложени на риск за физическото си здраве поради повишени нива на стрес и по-ниско удовлетворение от комуникативното си поведение. Затова е важно специалистите да могат да оценяват и да въздействат върху самостигмата при ЛКЗ. Самостигмата има отражение не само върху психологичното благосъстояние, но и върху стреса, физическото здраве и удовлетворението от проведените терапии (Boyle & Fearon, 2018; Tichenor & Yaruss, 2020; Gerlach, Chaudoir & Zebrowski, 2021).

В клиничната практика често се установява, че клиентите оценяват и измерват успеха на терапията по начин, който е различен от този, по който терапевтите и изследователите го правят. С приложението на профилния анализ оценяването на терапевтичния резултат може да бъде по-обективно и за двете страни, като позволява сравняване на степента на удовлетвореност от терапията.

Библиография

- Alm, P. A., & Risberg, J.** (2007). Stuttering in adults: The acoustic startle response, temperamental traits, and biological factors. *Journal of Communication Disorders*, 40, 1–41.
- Bauerly, K. R., Jones, R. M., & Miller, C.** (2019). Effects of social stress on autonomic, behavioral, and acoustic parameters in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62, 2185–2202.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A.** (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27, 687–692.
- Brundage, S. B., Ratner, N. B., Boyle, M. P., Eggers, K., Everard, R., Franken, M. C., Kefalianos, E., Marcotte, A. K., Millard, S., Packman, A., Vanryckeghem, M., & Yaruss, J. S.** (2021). Consensus guidelines for the assessment of individuals who stutter across the lifespan. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(6), 2379–2393.
- Chu, S. Y., Sakai, N., Lee, J., Harrison, E., Tang, K. P., & Mori, K.** (2020). Comparison of social anxiety between Japanese adults who stutter and non-stuttering controls. *Journal of Fluency Disorders*, 65, Article 105767.
- Craig, A., & Tran, Y.** (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 35–43.

De Carle, A. J., & Pato, M. T. (1996). Social phobia and stuttering. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1367–1368.

Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135–148.

Gabel, R. M., Colcord, R. D., & Petrosino, L. (2002). Self-reported anxiety of adults who do and do not stutter. *Perceptual and Motor Skills*, 94, 775–784.

Ingham, R. J. (1984). *Stuttering and behavior therapy: Current status and experimental foundations*. San Diego, CA: College-Hill Press.

Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82.

Iverach, L., Menzies, R., O’Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2011). Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 221–232.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.

Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., & Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: Measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 201–212.

Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Group experiences and individual differences in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4335–4350.

Tomisato, S., Yada, Y., & Wasano, K. (2022). Relationship between social anxiety and coping profile in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 95, Article 106167.

Vanryckeghem, M., Matthews, M., & Xu, P. (2017). Speech Situation Checklist–Revised: Investigation with adults who do not stutter and treatment-seeking adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26, 1129–1140.

Wright, L., & Ayre, A. (2000). *WASSP: The Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Winslow Press.

АРТ ТЕРАПИЯ ПРИ ДЕЦА С ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

*Вера Николова
СБРДЦП „Св. София“*

Резюме: Арт терапията (АТ) при деца с церебрална парализа (ЦП) е широкоспектърен психотерапевтичен метод, който се използва за повлияване и психотерапевтична подкрепа чрез изкуство и творчество. Тя е средство за себеизразяване и самопознание с фокус върху процеса на творческата дейност и пълноценната комуникация между дете и терапевт. Арт терапията е приложима във всички възрастови групи и при различни психо-емоционални състояния – както при здрави деца, така и при деца със специални потребности, каквито са децата с ЦП. Подходът се основава на индивидуален и гъвкав стил на работа, оценка на потребностите и възможностите на детето и приемане на продуктите от творческата дейност независимо от съдържанието, формата и качеството им. В комплексната рехабилитация арт терапевтичният подход подкрепя развитието на физическата, психическата, емоционалната, поведенческата и социалната сфера при децата с ЦП.

Ключови думи: арт терапия; церебрална парализа; деца със специални потребности; психотерапевтичен подход; комплексна рехабилитация

ART THERAPY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

*Vera Nikolova
Specialized Hospital for Rehabilitation of Children with Cerebral Palsy “St. Sofia”*

Abstract: Art therapy (AT) in children with cerebral palsy (CP) is a broad-spectrum psychotherapeutic method used to support and influence development through art and creativity. It provides opportunities for self-expression and self-awareness, with a focus on the creative process and meaningful communication between the child and the therapist. Art therapy is applicable across age groups and various psycho-emotional states, both in typically developing children and in children with special needs, such as those with CP. The approach relies on an individual and flexible manner of work, an assessment of the child's needs and abilities, and acceptance of the products of creative activity regardless of their content, form, or quality. Within complex rehabilitation, art therapy supports the child's physical, mental, emotional, behavioral, and social development.

Keywords: art therapy; cerebral palsy; children with special needs; psychotherapeutic approach; complex rehabilitation

Въведение

Настоящият текст има за цел да представи арт терапевтичния подход при лечение и рехабилитация на деца с церебрална парализа (ДЦП), като достъпен за всички възрастови групи и необходим елемент, допълващ техния комплексен лечебно-диагностичен процес.

Основава се на обучение, осъществено под формата на следдипломна квалификация в Нов Български университет по програма „Арт терапия“, защита на дипломна работа и терапевтична дейност в СБРДЦП „Св. София“, гр. София.

СБРДЦП „Св. София“ е регионално, публично лечебно заведение, в което различни специалисти (лекари, рехабилитатори, ерготерапевти, психолози, специални педагози, логопеди и др.) осигуряват изграждането на възможности за обществено интегриране на децата с ЦП посредством тяхното комплексно обслужване, включващо ранна диагностика, комплексна, многоетапна и поливалентна медицинска и немедицинска рехабилитация и обучение.

Освен специфичните диагностични техники, които са насочени към оценка на множествените нарушения при ДЦП, в терапевтичната работа се прилагат подходи, техники и методи, които допринасят за цялостното развитие на личността на детето с ЦП. Един от тях е арт терапевтичният подход, който предоставя на специалистите голямо разнообразие от техники. Той включва прилагането на богата палитра от изобразителни дейности, които могат да се прилагат в цялостната възпитателна работа при деца с различен тип нарушения в развитието, както и при подпомагане на трудности при терапевтирането.

Детската церебрална парализа (ДЦП) е група от непрогресиращи, но често променящи се синдроми на моторно увреждане (Чавдаров, Ив., В. Божинова, 2011). Симптоматична диагноза, посочваща мозъчно увреждане. Засегнати са в различна степен множество сфери от мозъчната дейност: двигателна – обща и фина моторика; сензорно-перцептивна – изграждаща се от усещания, възприятия, представи и въображение; зрителна; слухова; говорна; комуникативна; емоционално-поведенческа; когнитивна сфера; епилепсия и др. Приложението на различни арт терапевтични техники при деца с ЦП може да подкрепи по-пълноценно развитието им в различните сфери.

Приложение на арт терапевтичния метод

Арт терапията е подходяща за всички възрасти и различни психо-

емоционални състояния. Тя е приложима както при здрави деца, така и при деца със специални потребности, каквито са децата с ЦП.

Възниква през 30-те години на миналия век. Терминът арт терапия за първи път е използван от А. Хил през 1938 г. при описание на работата му с болни от туберкулоза. Първоначално се използва в опитите за коригиране на емоционални проблеми на деца, които са емигрирали в САЩ от Германия по време на Втората световна война. Оттогава арт терапия е широко разпространена и се използва като независим метод и като метод, който допълва други техники.

Арт терапията представлява психотерапевтично направление, при което главният метод за лечение е изобразителното изкуство. Основава се на хуманистическия подход, арт терапията има за цел хармоничното развитие на детето със специални потребности, разширяването на възможностите за неговата социална адаптация посредством изкуство. Подчинява се на принципи, свързани с одобрение и приемане на всички продукти от творческата дейност, независимо от тяхното съдържание, форма и качество. Също така, тази дейност е безоценъчна и безкритична, за детето със специфични потребности е изключително важно да се създаде увереност в собствените му сили.

При децата с ЦП се прилагат различни методи на работа и един от тях е арт терапията. Наричат се деца със специални образователни потребности с увреждания, трудни деца - все определения за деца, които имат затруднения. Моралният тест за всеки специалист се изразява в начина, по който се отнася към здравите деца и тези, които са в нужда. Тези деца предизвикват работещите с тях, към това да бъдат видени, чути и признати. Един от начините това да се случи е чрез рисунката и другите арт терапевтични занимания.

Основната цел на арт терапията при работа с деца с ЦП е да развият себеизразяването и самоусъвършенстването си чрез изкуството, както и да развият способности за конструктивни действия, като се вземат предвид възможностите им, уважавайки личността на детето.

Животът на детето с множествено увреждане е белязан от болка и ограничения в комуникацията от всякакво естество. Тук арт терапия се явява като алтернативно средство за постигане на една по-пълноценна форма на комуникация, като начин за преодоляване на проблеми.

Фокусът е насочен към това чрез съвместните усилия на терапевти, деца и родители да бъдат подобрени комуникативните умения на децата с ЦП, а оттам да се повиши и качеството им на живот.

Арт терапията при работа с деца с ЦП си поставя комплекс от взаимосвързани цели и задачи, насочени към емоционалното, комуникативното, психомоторното и личностното развитие на детето. На първо място, арт терапевтичният процес създава **защитено и безоценъчно пространство**, което стимулира децата да изследват, преоткриват и свободно да изразяват своите емоции, потребности, страхове и вътрешни преживявания чрез невербални и символни средства. Това е особено значимо при деца с нарушения във вербалната комуникация, при които арт терапията функционира като **алтернативен канал за общуване**.

Съществен акцент е поставен върху **изграждането на доверителна връзка между терапевт и дете**, както и върху разкриването и активирането на индивидуалните вътрешни ресурси на детето. Чрез разнообразни арт материали и техники се подпомага **идентифицирането, осъзнаването и изразяването на емоции**, както и осмислянето на вътрешните процеси.

Паралелно с това арт терапията стимулира **психомоторното развитие**, фината моторика и натрупването на сетивен опит, като същевременно насърчава **креативността, въображението и спонтанността**. В по-широк план методът подпомага овладяването на универсални и алтернативни комуникативни умения, изследването на индивидуалната и груповата динамика и преодоляването на вътрешни бариери, свързани със стрес, страх и чувство за вина.

Арт терапията през изобразителното изкуство

Изобразителното изкуство, особено рисуването, се използва от десетилетия с успех във възпитателната и терапевтичната дейност. Причината за това може да се разбере, като се вникне в същността на рисуването през различните възрасти на човека като средство за възпитателно въздействие, социализация, ресоциализация и рехабилитация. В клиничната практика рисуването се използва както за диагностични, така и за терапевтични цели.

За детето рисуването е особено важно при формирането му като личност, като израз на своята необходимост да действа, да опознае света, да изрази своите чувства и преживявания. Детската рисунка е силно изразно средство - изразява цялостната същност на дадено дете, равнището на неговото психомоторно и личностно развитие. Това е видно от самото развитие на рисунка заедно с възрастовото израстване на детето и с неговите индивидуални прояви.

Рисуването отразява обществения опит на детето, неговите възприятия и представи. В рисунката детето изразява своите чувства, желания и преживявания. Голяма роля играят въображението и мисленето.

Рисуването на детето е своеобразен графичен знак. То е нужно за развитието му така, както говоренето.

В клиничната практика определени диагностични находки в рисунката кореспондират с клиничната картина и могат успешно да подпомогнат терапевтичния процес. Един такъв подход обяснява не само различията в рисунките на децата във възрастов план, но и в индивидуален. Затова се смята, че изразителността, условността в рисунката са свързани с душевната нагласа на съзнанието и с вътрешния свят на рисуващото дете.

При един сравнителен анализ на рисунки на практически здрави деца с нормално развитие и деца с изоставане, дефицити или нарушения в мозъчната дейност разликите са очевидни. Също така при анализа на рисунки на деца с различна степен на умствено изоставане те се отличават съществено помежду си. При най-тежката форма въобще не може да се говори за наличие на изобразителна дейност. Установяването на тези различия в изобразителната дейност имат не само диагностична стойност, но и служат на терапията и стимулиране развитието на такива деца. При някои деца например, рисуването служи за овладяване на графичния знак на писмената реч.

Рисуването може да се използва като помощно диагностично средство. Анализът на рисунките разкрива не само степента на психомоторното развитие, но и някои страни от собствения вътрешен свят на личността на детето. В много случаи различни особености не са осъзнати или детето не е в състояние да ги изрази.

Полученият продукт от рисуващията дейност – самата рисунка, е повод за системни разговори с детето, за непринудено влияние и положителни внушения, за поощряване и вдъхване на вяра в собствените сили. В тези разговори могат да се разкрият и различни комплекси на личността, скрити потребности, влечения, нагони, различни интереси и др. Така рисуването помага детето с ЦП да се самоизяви, да се самоизрази, да се лекува и укрепва физически.

Етапите в развитието на рисуването при децата се свързват както с цялостното им развитие, така и с индивидуалните и личностните им особености. Също и с ролята на възпитанието и обучението на семейната среда. Има различни виждания за етапите, но със сигурност

те са свързани помежду си и не могат абсолютно стриктно да се разграничат. Това до голяма степен зависи от самото дете и неговите способности.

Теория за развитието на детската изобразителна дейност на Виктор Лоуенфелд

Роден в Австрия, Виктор Лоуенфелд е най-известният преподавател по изкуство през 20. век. Той е автор на доминиращата книга в областта – Creative and Mental Growth (Творческо и умствено израстване), която се основава на първите по рода си изследвания върху изкуството на хора със зрителни увреждания. Лоуенфелд формулира следните стадии на изображението и идентичността, които и днес се използват от преподавателите по арт терапия и арт терапевтите.

Стадии на развитието на изобразителната дейност:

1. Фаза на драскулите (2–4 г.)
2. Предсхематична фаза (4–7 г.)
3. Схематична фаза (7–9 г.)
4. Фаза на изгряващ реализъм (9–11 г.)
5. Псевдо-натуралистична фаза (11–13 г.)
6. Юношеско изкуство (13–17 г.)

Форми на провеждане на арт терапевтичните сесии

Арт терапията се провежда както индивидуално, така и групово. Това зависи от особеностите на детето с ЦП, от характера и формата на неговото заболяване (или отклонения), от етапа на неговото лечение, както и от предпочитанията му. Доказано е, че и двете форми на работа са ефективни. При индивидуалната форма на арт терапевтична работа контактът между терапевт и пациенти е по-тесен. Груповата форма от своя страна има други предимства, свързани със социалното взаимодействие и междуличностните контакти. Всяка арт терапевтична сесия се провежда при спазване на основни принципи като създаване на атмосфера на доверие, индивидуален и гъвкав подход спрямо потребностите на детето, доброволно участие и безоценъчност, като водещ остава самият процес на творчество, а не качеството на крайния продукт.

Индивидуална Арт терапия

Индивидуалните арт терапевтични сесии се провеждат спрямо

специфичните потребности на всеки пациент. Целят повишаване на толерантността към различни сензорни стимули, изразяване на различни емоционални преживявания, усещане за споделеност и доверие в конфиденциална, защитена среда. Подобряване на контакта при общуване между терапевт и участник. Прилагат се различни техники: драсканици; рисуване с бои, цветни моливи, пастели, флумастери и др.; апликиране, създаване на колаж, рязане с ножица, лепене с лепило; рисуване с ръце и пръсти; пясъчна терапия; работа с глина и пластилин; водна терапия със създаване на цветни отпечатьци; работа с естествени природни материали – листа, цветя, кестени, жълъди, пясък, камъчета, мидички и др.; музикотерапия - експресивна и рецептивна; приказна терапия и др.

Групова арт терапия

Груповата арт терапия намира широко приложение при работа с деца с ЦП. Предоставя възможности да се изследва груповата динамика и придружаващите емоционални състояния на децата в хода на груповия процес. Чрез прилагане на различни арт материали и техники с цел провокиране на децата да покажат своя вътрешен потенциал.

Основните задачи при груповата арт терапия са свързани с наблюдение на комуникацията между децата в групата, тяхната емоционалност по време на протичане на работния и творчески процес. Груповата арт терапия позволява на психотерапевта да установи как методите за арт терапия позволяват да се комбинира оптимално индивидуалния подход към децата с ЦП и груповите форми на работа.

Тези техники целят повишаване на толерантността на децата с ЦП към различни сензорни стимули. Подобряване на контакта при общуване с участниците по време на арт ателието. Преживяване на различно тактилно усещане и своеобразен начин за изживяване на позитивни емоции. Повишаване на усещането за добре свършена обща работа при децата с ЦП. Ето и някои от техниките: опознай тялото си с рисунка; рисунка на човек; пясъчна терапия; рисуване върху камъчета; колаж; рисуване с ръце на тема: Нарисувай дърво; работа с природни материали; моделиране с глина; музикотерапия; приказна терапия; терапия с вода – цветни отпечатьци; тематична арт терапия; празнични теми и др.

Заклучение

Важен е изводът, че и при двете форми арттерапевтичната работа зарежда и оказва емоционално въздействие, формира положително отношение в децата към самите себе си, към околните, както и към самия процес на изразяване с помощта на художествени средства.

Приложението на арт терапевтичният подход в комплексната рехабилитация на деца с ЦП има особената сила да подкрепя, изгражда и формира умения и качества, необходими за адекватното и адаптивно физическо, психическо, емоционално и социално развитие на децата с ЦП.

Библиография

Градинарова, В. (2014). *Възпитателни аспекти на арт-терапевтичната работа при деца със специални образователни потребности*. София: Издателство „Образование“.

Нийл, П. Дж., Левин, Е. Дж., & Левин, С. К. (2015). *Принципи и практики на арт терапията*. София: Издателство „Център за психосоциална подкрепа“.

Попов, Т. (2008). *Арт-терапия при децата*. София: Издателство „Образование“.

Чавдаров, И. (2014). *Академия по церебрална парализа. Сборник доклади*. Ст. Загора: Издателство „Джеми Стратус“ ООД.

АРТ–ТЕРАПИЯТА КАТО ПЕДАГОГИЧЕСКИ ПОДХОД ПРИ РАБОТА С ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

Веселина Иванова
Тракийски университет
veselka_77@abv.bg

Резюме: Настоящият текст разглежда арт-терапията като педагогически подход при работа с деца със специални образователни потребности в условията на предучилищното и училищното образование. Акцентът е поставен върху ролята на изкуството като средство за емоционално изразяване, социално взаимодействие и личностно развитие. Представени са теоретичните основания на арт-терапията, нейните основни принципи и форми на приложение в педагогическата практика. Разгледани са възможностите за използване на различни арт-терапевтични техники – изотерапия, музикотерапия, приказна терапия, игрова терапия и моделиране – като средство за подкрепа на деца със СОП, включително деца с комуникативни затруднения, емоционални проблеми и поведенчески нарушения. Подчертава се значението на арт-терапията за развитието на социални умения, намаляването на тревожността, повишаването на мотивацията и преживяването на чувство за успех и удовлетвореност. Арт-терапията се разглежда като ефективен инструмент във възпитателно-корекционната работа и като възможност за приобщаване и социално включване на децата със специални образователни потребности в образователната среда.

Ключови думи: арт-терапия; деца със специални образователни потребности; педагогически подход; социално включване; емоционално развитие

ART THERAPY AS A PEDAGOGICAL APPROACH IN WORKING WITH CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS

Veselina Ivanova
Trakia University
veselka_77@abv.bg

Abstract: The present paper examines art therapy as a pedagogical approach in working with children with special educational needs in preschool and school

settings. The focus is placed on art as a means of emotional expression, social interaction, and personal development. The theoretical foundations of art therapy, its main principles, and forms of application in educational practice are outlined. Various art-therapeutic techniques—such as art-based activities, music therapy, storytelling therapy, play therapy, and modeling—are discussed as supportive tools for children with special educational needs, including children with communication difficulties, emotional challenges, and behavioral problems. The paper emphasizes the role of art therapy in fostering social skills, reducing anxiety, increasing motivation, and promoting experiences of success and satisfaction. Art therapy is presented as an effective component of educational and corrective practice and as a valuable approach to inclusion and social integration of children with special educational needs within the educational environment.

Keywords: art therapy; children with special educational needs; pedagogical approach; social inclusion; emotional development

Въведение

В съвременните образователни политики по отношение на обучението и възпитанието на деца със специални образователни потребности (СОП) в условията на предучилищното и училищното образование основен акцент са свободният достъп до образование и социалното включване. Предоставянето на възможности за равен достъп и активно участие в обществото е резултат от един продължителен процес, чрез който се променят отношението и грижите към децата и учениците със специални образователни потребности. За да бъде този процес успешен, от голямо значение е умението за прилагане на разнообразни подходи и дейности, стимулиращи активността на децата и взаимодействията им с групата или класа, които повлияват цялостното им развитие.

Приемането и отношението към децата и учениците със специални образователни потребности в обществото преминава през различни етапи, заедно със съпътстващите ги промени, свързани с нормативната уредба, моделите на работа, нагласите, принципите на обучение и възпитание и др. В научната литература са описани два основни подхода, които формират отношението на държавните институции и обществото към децата със специални образователни потребности – медицински и социално-педагогически модел (Добрев, 1998; Радулов, 2007).

Арт-терапията като педагогически подход

Арт-терапията може да се определи като целенасочена употреба на визуални изкуства и художествени материали в консултирането, психотерапията и рехабилитацията, както и обучението и възпитанието. При нея се използват различни художествени похвати за разрешаване на емоционални проблеми, подпомагане на себепознанието, развитие на социални умения, овладяване на поведението, решаване на проблеми от различно естество и подобряване на самооценката. Водеща цел е възможността да се създават изображения, чрез които човек да изрази себе си, като по този начин достигне до първоизточника на трудностите или стреса, които изпитва. Подобно разбиране може да доведе до положителна и трайна промяна в себепознанието, настоящите взаимоотношения и цялостното качество на живот (Edwards, 2004).

Основното съдържание на арт-терапевтичните сеанси в тесния смисъл на понятието „арт“ включва предлагането на разнообразни занимания с изобразителен и художествено-приложен характер – рисунка, графика, живопис, скулптура, линогравюра, мозайка, работа с кожа, тъкани и други материали (Бояджиева, 2014).

Арт-терапията в работата с деца със специални образователни потребности

Приложението на арт-терапията при работа с деца със специални образователни потребности се популяризира през последните десетилетия, като методите и техниките ѝ намират широко приложение и се използват като средство, което оказва благоприятно въздействие върху личностното развитие на децата. Изкуството има силно въздействие върху емоционалното състояние на човека, а терапията чрез изкуство се отличава със своя позитивен и разтоварващ ефект. Арт-терапията предоставя практически неограничени възможности за себеизразяване и себerealизация в творческия продукт, за самоутвърждаване и себепознание (Бояджиева, 2016).

Предизвикателство и отговорност на специалистите е да открият и приложат на практика в работата си алтернативни методи, които да бъдат съобразени с индивидуалните характеристики на децата. Това предполага добро познаване на особеностите и проблемите в поведението на децата със специални образователни потребности. Важно е да се открият и изследват причините, оказващи негативно влияние върху тяхното емоционално и социално функциониране.

Арт-терапията намира широко приложение в работата с деца със СОП в училище, дневни центрове и центрове за специална образователна подкрепа. Тя заема значимо място в дейността на различни специалисти – ресурсни учители, логопеди, психолози, социални педагози, социални работници и други. При арт-терапевтичните дейности е заложен принципът на свободата – без критика и оценяване на резултатите от работата. Свободата и спонтанността в изобразителната дейност позволяват изразяването на детското светоусещане по един незастрашаващ начин (Виготски, 1982).

Прилагането на арт-терапевтични дейности във възпитателно-корекционната работас деца със СОП подпомага развитието на личностни качества, които допринасят за социалното включване и приобщаване в образователната среда. В зависимост от индивидуалните особености на децата, заниманията с арт-терапия могат да бъдат адаптирани така, че да отговорят на различните потребности на участниците и да създадат възможности за активно участие в дейности, при които всяко дете може да изрази себе си по достъпен и значим начин, независимо от вида на нарушението.

В педагогическата работа с деца със СОП арт-терапевтичните дейности създават условия за **себеизразяване на емоции, мисли и преживявания**, за **намаляване на тревожността и формиране на по-позитивна нагласа**, както и за **развитие на умения за социално взаимодействие и обогатяване на социалния опит**. Чрез включването в различни творчески ситуации децата имат възможност да **влизат в различни социални роли**, да **разбират и усвояват социални норми и правила**, както и да развият **комуникативни умения и умения за работа в екип**. Паралелно с това арт-терапията допринася за **повишаване на мотивацията** и за **преживяване на чувство за успех и удовлетвореност**, което има съществено значение за цялостното личностно и социално развитие на децата.

Теоретични основания и принципи на арт-терапията

„При възпитанието с помощта на изкуството на преден план излиза цялата полифония на неговите възможности и функции, в които естетическата му природа е определяща, но освен нея съществуват и следните функции на изкуството – познавателна, ценностно-ориентационна, рекреативна, комуникативна, социализираща и преобразуваща“ (Бояджиева, 1994).

Специфична черта на арт-терапевтичната работа, която я разграничава от познатите за децата дейности в часовете по изобразително изкуство, е принципът на емоционалното приобщаване. Необходимо е процесът да бъде спонтанен, като не се дава образец за начина на изпълнение на задачата. При реализирането на арт-терапевтична програма във възпитателно-корекционната работа с деца със СОП на участниците се предоставя възможност да преживеят чувство на успех и удовлетвореност.

Според броя на участниците арт-терапевтичната работа може да бъде индивидуална и групова. Индивидуалната арт-терапия е подходяща при деца, които изпитват затруднения при вербализирането на своите преживявания. Характерна за нея е гъвкавостта и емоционалната близост, която се постига чрез връзката учител – ученик.

При груповата арт-терапия се разграничават няколко основни варианта според характера на взаимодействието между участниците (Попов, 2008; Бояджиева, 2012):

- **студийна открита група** – без постоянен състав на участниците;
- **аналитична затворена група** – със стабилен състав през целия процес на работа;
- **тематично ориентирана група** – с висока степен на структурираност на дейностите.

В арт-терапевтичния процес децата биват подпомагани визуално да изразят своя опит, възприятия, чувства и въображение, както и да развият способността си да общуват чрез творчество. Според S. Malchiodi (2016) изразяването чрез изкуство представлява форма на невербална комуникация. За деца, които не са в състояние да изразят мислите, усещанията и емоциите си с думи, това е един от основните начини за предаване на вътрешните им преживявания. Художествените дейности се използват като средство за невербална комуникация, спонтанно вербално общуване, обогатяване на пасивния и активния речник, както и за приемане и доразвиване на чужди идеи.

Детската рисунка и арт-терапията в педагогическата практика

Интересът към детската рисунка е отразен в трудовете на множество учени от различни области – психолози, психиатри, педагози, художници и други. Този интерес се засилва с развитието на фройдизма и психоанализата. Детската рисунка изразява същността на детето и нивото на неговото психично и личностно развитие. Според В. Мухина

„рисунката на детето е синтетична дейност, характеризираща се с прояви на различни страни на психиката...“; като „в нея се открива формиращата се детска личност, а и самата рисунка оказва съществено влияние върху формирането на личността“.

Според Д. Маркова изобразителната дейност на децата представлява и вид грамотност. Авторката свързва грамотността и изразителността с обучението по рисуване, при което се усвояват графични и технически умения.

Първите опити на детето да държи пишешо средство и да оставя следи върху хартията се възприемат като най-ранен етап в развитието на изобразителната дейност. Те са тясно свързани с играта и се изразяват в драскулки и случайни чертички по целия лист, а често и извън него. Около 3–4-годишна възраст децата започват да влагат смисъл в нарисуваното, като го оприличават на различни предмети. Към петата година характерът на рисунката се променя и се наблюдава разширяване на графичните възможности. В предучилищна възраст почти не се срещат деца, които да не проявяват интерес към рисуването (Попов, 2008).

Влияние върху детските рисунки оказват илюстрациите от детски книжки, анимационни филми, реклами, комикси и други визуални източници. В начална училищна възраст децата усвояват техники за изобразяване на хора, животни и предмети, като в значителна степен се развиват фината моторика, пространствената ориентация, сръчността и координацията „око – ръка“.

За установяване на нивото на психичното развитие се използва и добре познатият тест за рисуване на човек на Флорънс Гудинаф от 1926 г. – Draw-a-Man Test.

В педагогическата практика изобразителното изкуство се използва като развиваща дейност, която предоставя по-широки възможности за себеизразяване и опознаване на учениците от страна на учителите. „Светът на човека не е само свят в пространството, но и свят на значения, символи, идеи и усещания, където границите между действителност и реалност са трудно различими“ (Маркова, 2002).

Чрез използването на арт-терапията в работата с деца специалистите подпомагат намирането на начини за преодоляване на вътрешни конфликти. Практическото прилагане на съвременни арт-терапевтични техники създава условия за „потопяне“ на детето в проблема, но само

до степента, до която то е готово. Увлечено в творческия процес, детето често несъзнателно споделя своите автентични чувства и желания.

В съвременната практика рисуването често се използва като средство за облекчаване на напрежението и намаляване на стреса. То оказва благотворно влияние върху психиката, подпомага преодоляването на страховете и допринася за овладяването на невротични прояви.

Методите на арт-терапията представляват ефективен елемент от психологическата рехабилитация и корекция. В съвременните условия те се прилагат активно от различни специалисти, включително при работа с деца с увреждания. Чрез арт-терапевтични техники децата получават възможност да изразят своите чувства, което е от особено значение при работа с невербални деца със СОП, както и с деца с комуникативни нарушения и посттравматични стресови разстройства. За много деца вербализирането на тревогите и притесненията е затруднено, а в някои случаи – дори осъзнаването им.

Видове арт-терапия и тяхното приложение

Съществуват различни направления в изкуството, които намират приложение в арт-терапевтичната практика. Основните видове арт-терапия включват: изотерапия; терапия с приказки; музикотерапия; танцова терапия; фототерапия; пясъчна терапия; моделиране; игрова терапия.

Използването на изотерапията включва създаване на рисунки с помощта на бои, моливи, восъчни пастели, печати и други материали, които могат да оставят следи върху хартия или друга повърхност. Чрез изобразителната дейност децата получават възможност да изразят вътрешните си преживявания по достъпен и естествен начин. Чрез терапията с приказки детето може да разкрие своите способности, да влезе в ролята на различни герои и да преживее ситуации, които го притесняват. Този вид терапия подпомага емоционалната изява и символното преработване на лични преживявания.

Музикотерапията дава възможност на децата да създават собствени мелодии, да се наслаждат на музиката и да развият чувство за ритъм. Танцовата терапия позволява изразяване на емоции чрез движение в съчетание с музика, като допринася за позитивни емоционални преживявания и телесна осъзнатост.

Фототерапията подпомага децата да съхраняват и осмислят приятни преживявания, както и да анализират различни ситуации и проблеми.

Чрез пясъчната терапия децата могат да се отпуснат, да преживеят приятни тактилни усещания и да създават собствени сюжети и образи, използвайки пясък и различни играчки.

Моделирането подпомага създаването на нови фигури и предмети, които детето желае да изобрази. Игровата дейност е водеща в предучилищна възраст, поради което игровата терапия се използва широко от специалисти в различни страни (Барсукова, 2016).

Всички изброени видове арт-терапия са ефективни при работа с деца с увреждания и се прилагат активно от специалисти от различни области. В образователните институции най-често се използват приказна терапия, изотерапия, музикотерапия, игрова терапия и моделиране.

А. И. Копытин откроява **четири основни принципа на арт-терапевтично въздействие**, които са пряко свързани с организацията на средата. Те включват **принципа на използване на различни материали**, който осигурява богатство от изразни средства, **принципа на създаване на подходящи условия**, гарантиращи сигурна и стимулираща среда за творчество, **принципа на медиацията от страна на възрастните**, чрез който се осигурява подкрепа и насочване в процеса, както и **принципа на използване на специфични техники в арт-терапевтичната практика**, съобразени с индивидуалните особености и потребности на участниците.

Заклучение

Прилагането на принципите на арт-терапията намира отражение както в индивидуалната, така и в груповата работа с деца с увреждания. Осъществяването на процеса на социализация и хармоничното развитие на личността на дете със специални образователни потребности изискват търсенето и използването на ефективни корекционно-развиващи технологии, съобразени с индивидуалните му особености и потребности.

Както отбелязва Л. С. Виготски, социализацията предполага създаването на специални културни форми, чрез които да се осъществи културното развитие на детето. Необходими са целенасочени методи, средства и условия за осигуряване на културното развитие на децата с увреждания и за удовлетворяване на техните образователни потребности (Виготски, 1982).

Библиография

- Барсукова, О. В.** (2016). Използване техник арт-терапии и арт-педагогика в работе педагога-психолога с детьми с особыми образовательными потребностями. *Образование и воспитание*.
- Бояджиева, Н.** (1994). *Възпитание чрез изкуство*. София: УИ „Св. Климент Охридски“.
- Бояджиева, Н.** (2012). Арт-терапия в социално-педагогическата практика и консултирането. – В: В. Никитин & Н. Бояджиева (ред.), *Терапия изкуством* (156–172). София: УИ „Св. Климент Охридски“.
- Бояджиева, Н.** (2014). Развитие на идеята за възпитание и терапия чрез изкуство в университетската педагогика. *Годишник на СУ „Св. Климент Охридски“*, т. 105, 5–25.
- Бояджиева, Н.** (2016). Принципът за възпитание, образование и терапия чрез изкуство в България (развитие и актуално състояние). *Педагогика*, № 8.
- Виготски, Л.** (1982). *Въображение и творчество на детето*. София: Наука и изкуство.
- Добрев, Зл.** (1998). *Особености в развитието на умствено изостаналите деца*. София.
- Маркова, Д.** (2001). *Детската рисунка като начин на изразяване*. Пловдив: Пловдивско университетско издателство.
- Маркова, Д.** (2001). *Изобразителното изкуство като терапия*. Пловдив: Миниатюра.
- Мухина, В. С.** (1981). *Изобразителная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта*. Москва: Педагогика.
- Попов, Т.** (2008). *Арт-терапията при деца*. София: Дефекто.
- Радулов, Вл.** (2007). *Деца със специални образователни нужди в училището и обществото*. Бургас: Рекламна издателска къща „Дарс“.
- Edwards, D.** (2004). *Art Therapy*. London: SAGE Publications.
- Копытин, А. И., & Svistovskaya, E. E.** (2010). *Rukovodstvo po detsko-podrostkovoy i semeynoy art-terapii*. St. Petersburg: Rech.
- Malchiodi, C.** (2016). *Child art therapy: How it works*. Psychology Today.
- Pergini, V.** (1999). *The visual arts as a therapeutic process for young children*.

ДОПЪЛВАЩА И АЛТЕРНАТИВНА КОМУНИКАЦИЯ В СОЦИАЛНАТА РАБОТА. ПОЛЗИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ ЗА ХОРАТА С КОМУНИКАТИВНИ НАРУШЕНИЯ

*Даниела Кирова
Шуменски Университет „Епископ К. Преславски“
dc_kirova82@abv.bg*

*Мария Станчева
ЦСРИПАС – София
m.e.stancheva@gmail.com*

Резюме: Нуждата от развитие на комуникативните умения спрямо заобикалящата среда, възрастта и социалните умения поставя въпроса за намиране на средства и програми за работа, които да удовлетворят всички възникнали условия и ситуации и да следват принципа на индивидуалния подход в социалната работа. Наред с многообразието от методи и средства за въздействие използването на допълваща и алтернативна комуникация (ДАК) предоставя възможности и отговаря на изискванията за качество на живот на широк кръг нуждаещи се хора в различни възрасти. Допълващата и алтернативна комуникация включва разнообразни методи за общуване, когато говорът е неразбираем, неясен или липсва. Проучванията показват, че децата и възрастните с множество и разнообразни комуникативни трудности могат да се повлияят положително от използването на ДАК.

Основна цел на доклада е да представи ролята и предизвикателствата пред допълващата и алтернативна комуникация в социалната работа и ползите ѝ през целия живот за децата и възрастните с комплексни комуникативни трудности. Докладът има за цел също да предостави информация за въвеждането и използването на ДАК и за ролята на специалистите, родителите и полагащите грижи за хората с комуникативни нарушения в този процес.

Ключови думи: комуникация, общуване, допълваща и алтернативна комуникация, учене през целия живот, качество на живот

AUGMENTATIVE AND ALTERNATIVE COMMUNICATION IN SOCIAL WORK. LIFELONG BENEFITS AND CHALLENGES FOR PEOPLE WITH COMMUNICATION DISORDERS

Daniela Kirova
Shumen University "Konstantin Preslavski"
dc_kirova82@abv.bg

Maria Stancheva
Center for Social Rehabilitation and Integration of People
with Autism Spectrum Disorders (CSRIPAS) – Sofia
m.e.stancheva@gmail.com

Abstract: The need to develop communication skills in relation to the surrounding environment, age, and social skills raises the question of finding resources and programs that meet all emerging conditions and situations and follow an individual approach in social work. Along with the variety of methods and means of intervention, the use of augmentative and alternative communication (AAC) provides opportunities and meets the quality of life requirements of a wide range of people in need across different age groups. Augmentative and alternative communication includes a variety of communication methods used when speech is incomprehensible, unclear, or absent. Studies show that children and adults with multiple and diverse communication difficulties can benefit from the use of AAC. The main objective of the report is to present the role and challenges of augmentative and alternative communication in social work and its lifelong benefits for children and adults with complex communication difficulties. The report also aims to provide information on the introduction and use of AAC and on the role of professionals, parents, and caregivers of people with communication disorders in this process.

Keywords: communication, augmentative and alternative communication, lifelong learning, quality of life

„Всички хора с увреждания от всякаква степен или тежест имат основното право да влияят чрез комуникация условията на собственото си съществуване.“ (ASHA 2020)

Въведение

Идеята за използването на допълващата и алтернативна комуникация започва да се формира в края на 70-те и началото на 80-те години на

миналия век. В резултат на сътрудничеството между Англия, Канада, Америка и Швеция в рамките на международен проект за тежки езикови увреждания през 1983 година е основано Международното общество за допълваща и алтернативна комуникация (ISAAC). През 80-те години ASHA официално определя ДАК като клинична област (ASHA 2020).

ДАК като средство за общуване

Комуникация означава „връзка“, „съобщение“, „свързване“, „средството, чрез което се осъществява това свързване“ (Български тълковен речник). Комуникацията е процес, в който се обменя информация между хората. Тази информация може да включва идеи, информация, интереси, чувства, емоции, тревоги и нужди. Участници в комуникацията са хора от различни възрасти – както възрастни, така и деца. Детето може да съобщава своите желаниа и потребности, да споделя интереси и да получава обратна връзка от партньорите в общуването (Рыскина 2016). Това твърдение на автора се отнася изцяло към децата с комуникативни трудности, които порастват и често са възрастни с подобни затруднения.

Съществуват различни групи хора, за които усвояването на езика е трудно или невъзможно. Това съответно пречи на активното им общуване и социално взаимодействие. Тези групи могат да включват деца и възрастни с различни интелектуални, сензорни, двигателни, генетични, неврологични или друг тип придобити нарушения (Христова & Гринберг 2021). В помощ на всички, които имат затруднения с общуването, една достъпна възможност е използването на допълваща и алтернативна комуникация – ДАК.

Често ДАК се използва като временен заместител на естествената комуникация и в интензивните отделения в болници или при следоперативни намеси, когато устната и писмената реч са временно невъзможни (Carruthers et al. 2017).

ДАК е съвкупност от познания, стратегии и технологии, които имат за цел да подобрят и увеличат комуникативните способности на хората, които имат временни или постоянни трудности с използването на устния и писмения език. Използването на жестове, символи, изображения и високотехнологични помощни устройства позволява на човека със затруднения в говора или в разбирането му да общува по ефективен начин с останалите, без да бъде непрекъснато зависим от близките,

които да превеждат неговите мисли и желания (Beukelman & Light 2020).

„ДАК компенсира функционалните комуникативни нарушения и позволява на потребителите да комуникират, да учат, да усвояват и практикуват професии“ (Христова & Гринберг 2021: 12).

Изключително важно е да се знае, че ДАК няма за цел да замести говоримия език, нито пък пречи на развитието му. Целта е точно обратната – да подпомогне и да насърчи развитието на съществуващите комуникативни способности, използвайки всички налични средства и канали (Tetzchner 2006).

Системи за допълваща и алтернативна комуникация

Системите за допълваща и алтернативна комуникация биват с помощни средства (aided) и без помощни средства (unaided) (Beukelman & Light 2020).

Системите за допълваща и алтернативна комуникация без помощни средства включват всички онези средства за комуникация, които се използват без чужда помощ или външна намеса. Такива са говоримият език, всички видове жестови езици, включително този на глухонемите, както и езиковата програма Makaton (Владимирова 2008). За тяхното използване се изискват много добри двигателни умения, а недостатъкът е, че често са трудноразбираеми за необучени комуникационни партньори.

Всеки човек с комуникативни затруднения може да използва само едно или комбинация от няколко помощни средства, които да сменя според ситуацията. Например може да използва гласов комуникатор в клас и у дома, за да го чуват околните, а на плажа, в банята или на басейн – ламинирани символи. Всичко зависи от неговите умения и потребности (Beukelman & Light 2020).

В зависимост от нивото на разбиране на говора и потенциала за овладяването му могат да се разграничат три групи хора, за които е подходящо използването на алтернативна комуникация. И трите групи се характеризират с това, че хората, които използват ДАК, или не са започнали да говорят навреме, или са загубили говорните си умения поради заболяване или нараняване (Рыскина 2016).

Личната история на Хелън Келър

В литературата са описани множество лични истории на хора, чийто

живот се променя, когато откриват средствата на ДАК. Хелън Келър е американска писателка, ораторка и политическа активистка. Родена е в Тускумбия, Алабама, през 1880 година. На 19-месечна възраст се разболява от сериозно заболяване, което лекарите по онова време наричат мозъчно-стомашна конгестия, въпреки че съвременните специалисти предполагат, че може да е било скарлатина, морбили или менингит. В книгата си „Историята на моя живот“ Хелън пише за заболяването си (Келър 1995). Заболяването обаче оставя след себе си значителни последици – пълна загуба на слуха и зрението.

До седемгодишна възраст тя живее със семейството си в семейната ферма. През този период не може да общува със семейството си, въпреки че изразява желанията си чрез жестове и използва около 60 знака от бита. Въпреки че се съмняват дали Хелън може да бъде обучавана, баща ѝ я води при известен офталмолог, който ги съветва да се консултират с д-р Александър Грейъм Бел от Вашингтон. Д-р Бел ги насочва към мистър Михаил Анагнос – директор на Института „Паркинс“, първото училище за слепи в САЩ, открито около 1830 година. Бащата на Хелън изпълнява съвета на д-р Бел и след няколко седмици семейството получава писмо, че учителят вече е намерен.

Ан Съливан е незряща възпитаничка на Института за слепи „Пърсънс“. Тя веднага започва да учи Хелън да общува, като изписва думи върху дланта ѝ. Този алтернативен метод за комуникация се нарича дермолексия. Пробивът в общуването на Хелън Келър настъпва месец или два по-късно, когато тя разбира, че движенията, които учителката прави в дланта ѝ, докато пуска вода по другата ѝ ръка, символизират идеята за „вода“.

Следващото предизвикателство пред Хелън е да се научи да чете. След като започва да овладява правописа, мис Съливан ѝ дава малки картончета, върху които са напечатани думи с релефен шрифт. Хелън бързо разбира, че всяка напечатана дума отговаря на определен предмет, действие или качество. Съществува и специална рамка, в която тя може да подрежда думите в кратки изречения. „Пътят от напечатаните картончета до печатната книга бе само на една крачка“ – пише Келър в своята биографична книга. По този начин учителката преподава на Хелън аритметика, ботаника и зоология.

През пролетта на 1880 година Хелън Келър се научава да говори. Тя го прави, като държи едната си ръка върху гърлото на учителката, а с другата опипва движенията на устните ѝ.

С помощта на Ан Съливан Хелън Келър завършва училището за момичета „Кеймбридж“, а след това и колежа „Радклиф“, превръщайки се в първия глухоням човек, получил университетска диплома (Келър 1995).

Хелън Келър умира в съня си на 87-годишна възраст на 1 юни 1968 година.

Обучението на Хелън Келър представлява голям пробив в специалното образование. Благодарение на изключителния талант на Ан Съливан Хелън се образова, формира се като личност и развива своя потенциал. Тя се превръща в пример за самоусъвършенстване и смелост, както и в икона в борбата за правата на хората с увреждания. През целия си живот Хелън Келър общува, твори и учи изцяло с помощта на алтернативни методи.

Ползи и употреба на ДАК в ранното детство

Въвеждането на ДАК при деца може да започне от ранна възраст. Основният аргумент в полза на ранното начало на използването на ДАК е, че съществува чувствителен период в развитието на детето, в който то има най-голяма вероятност да усвои езика.

Съществуват митове, че използването на ДАК ще попречи на развитието на говора. Проучванията върху въздействието на използването на системата PECS при деца с аутизъм и сходни комуникативни нарушения показват, че повечето деца, които използват тази система, започват да говорят или говорят им се подобрява (Ganz et al. 2004).

През последните десетилетия активно се насърчава създаването на адекватна комуникативна среда за деца със специални образователни потребности чрез използването на различни комуникативни методи и технологии. Проучване при деца с церебрална парализа в училищна среда потвърждава необходимостта от учебни програми, които включват допълващи и алтернативни комуникационни системи с цел създаване на по-добри условия за съобщаване на усещането за болка и за подкрепа на продължаващото участие на децата в училище (Johnson et al. 2015). Умението да се съобщава болката далеч надхвърля училищната среда. Комуникацията с болнични специалисти също може да бъде облекчена чрез развитие на умения в тази област.

Въвеждането на система за допълваща и алтернативна комуникация е важно да бъде последователно и индивидуализирано от специалист, но упражняването на уменията за комуникация пряко зависи от

ежедневното им практикуване (AAC Institute 2008). Ролята на членовете на семейството на детето или на възрастния с комуникативни нарушения е от особена важност. Ежедневното създаване на условия за пълноценна комуникация и мотивирането на човека за общуване през целия ден са ключови за развитието на индивидуализирана и пълноценна комуникация.

Ползи от ДАК в зрелостта

Развитието на разнообразни умения от ранна детска възраст при хората с увреждания може да доведе до много повече възможности за ангажираност през зрелостта. Преходът от юношеството към зрялата възраст обаче може да бъде сложен процес, в който те имат нужда от допълнителна подкрепа.

Интерес представляват бариерите пред използването на ДАК, както и погрешните схващания от гледна точка на възрастни с аутизъм, които показват как технологиите могат да подпомогнат комуникацията в различен контекст (Zisk 2019).

В Бразилия например включването на хора със специални нужди на пазара на труда се е увеличило в някои региони въз основа на няколко закона, които се прилагат в страната и дават право на тези хора да работят (Krüger et al. 2015). Същите автори съобщават за добра практика в подкрепа на хора с комуникативни затруднения на работното място. Разработени са 40 графични символа, наречени „символи на индустриални изрази“, за хранителния сектор в Бразилия (Krüger et al. 2015).

Заклучение

Важно е да бъдат разбрани и предвидени бъдещите комуникационни нужди на човека. Важно е също да се отчита как се променя комуникацията след преминаването от детска към училищна и зряла възраст. Много програми се фокусират върху функционални и професионални комуникационни нужди с цел подпомагане на комуникацията в различен контекст.

Достъпът до различни форми и средства за комуникация с цел развитието ѝ за всяко дете или възрастен, без значение от диагнозата, увеличава възможността те да бъдат подкрепени и да развиват уменията си през целия живот. Важно е да се избере подходяща и индивидуализирана ДАК система, като тя може да включва всички

алтернативни форми на комуникация – от сложна електронна система, синтезатор за глас, комуникативно табло или книга до протегнатата ръка по време на закуска, която показва желанието за още храна. Важно е да се създадат добри условия и да се следва системен подход в работата с всеки отделен човек, без значение от възрастта.

Според доклад на Hristova & Grinberg (2018), проучващ бариерите пред използването на технологии, ориентирани към личността на хората с увреждания, съществуват редица затруднения. Според авторите тези бариери са свързани основно с липсата на обучение за прилагане на тези технологии в приобщаващото образование и с насочеността към специалистите, работещи с хора с увреждания. Използването и внедряването на подобни иновативни средства в образованието биха подпомогнали социалното и професионалното включване на хората с увреждания (Hristova & Grinberg 2018).

Не на последно място, способността за комуникация определя качеството на живот на всеки човек и е важно да се отчита и проследява чувството за удовлетвореност. С развитието на комуникативните умения неимоверно се повишава и качеството на живот на хората с комуникативни затруднения в различните възрастови периоди.

Библиография

Български тълковен речник. Институт за български език – БАН.
<https://ibl.bas.bg/rbe/>

Владимирова, С. (2008). *Подпомогната комуникация*. София: БАЛИЗ.

Келър, Х. (1995). *Историята на моя живот*. София: ИК „Веда Словена–ЖГ“.

Рыскина, В. (2016). *Алтернативная и дополнительная коммуникация в работе с детьми и взрослыми, имеющими интеллектуальные и двигательные нарушения, расстройства аутистического спектра*. Москва: Издательско-Торговый дом „Скифия“.

Христова, Е., & Гринберг, М. (2021). *Помагащи технологии за допълваща и алтернативна комуникация: Видове и приложения*. София: Фондация „Асист – помагащи технологии“.

AAC Institute. (2008). *Four steps to optimized communication: Evidence-based practice guidelines for augmentative and alternative communication*. AAC Institute.
<https://aacinstitute.org/wp-content/uploads/2014/12/080115AACBPFourStepsToOptimizedCommunication.pdf>

American Speech-Language-Hearing Association. (2020). *Professional issues: Augmentative and alternative communication*.
https://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589942773§ion=Key_Issues

ASHA. *Communication Bill of Rights*.
<https://www.asha.org/NJC/Communication-Bill-of-Rights/>

Beukelman, D. L., & Light, J. C. (2020). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Brookes Publishing.

Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in intensive care units? *Intensive & Critical Care Nursing*, 42, 88–96.

Ganz, J. B., & Simpson, R. L. (2004). Effects on communicative requesting and speech development of the Picture Exchange Communication System in children with characteristics of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(4), 395–409.

Hristova, E., & Grinberg, M. (2018). *Barriers to the wider deployment of person-centred technology in services for persons with disabilities*. European Association of Service Providers for Persons with Disabilities.

ISAAC – International Society for Augmentative and Alternative Communication.
<https://isaac-online.org/english/home/>

Johnson, E., Nilsson, S., & Adolfsson, M. (2015). Eina! Ouch! Eish! Professionals' perceptions of how children with cerebral palsy communicate about pain in South African school settings. *Augmentative and Alternative Communication*, 31(4), 325–335.

Krüger, S., & Berberian, A. P. (2015). Augmentative and alternative communication system for social inclusion of people with complex communication needs in the industry. *Assistive Technology*, 27(2), 101–111.

Tetzchner, S. H. (2006). *Introduction to augmentative and alternative communication*. John Wiley & Sons.

Zisk, A. H., & Dalton, E. (2019). Augmentative and alternative communication for speaking autistic adults: Overview and recommendations. *Autism in Adulthood*, 1(2), 93–100.

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО „ОНЛАЙН ЛОГОПЕДИЧНА ТЕРАПИЯ“

*Силвия Кьошкерян и колектив
ЦПЛР-ЛЦ Варна*

Резюме: Текстът представя споделен опит от работата на ЦПЛР–Логопедичен център–Варна по време на първото извънредно положение през 2020 г. и организирането на логопедична терапия в електронна среда от разстояние (ОРЕС). Описани са предпоставките, които улесняват бързия преход към дистанционна работа – осигурена техника за специалистите, надграждани дигитални компетенции и внедрена интернет базирана електронна информационна система. Представени са стъпките за избор на комуникационни платформи и канали, организацията на графициите и подходите за представяне на дидактичния и лексикалния материал. Включени са данни от анкета сред родители относно нагласите към онлайн терапията, както и обобщени резултати за обхвата на проведената дейност: включени специалисти, брой деца и ученици, брой логопедични занятия и механизми за отчетност и мониторинг. Дискутирани са наблюденията върху спецификите на работата при различни групи нарушения (артикулационни нарушения, специфични езикови нарушения, затруднения в писмената реч, заекване), както и ролята на родителя като ко-терапевт в триадата логопед–родител–дете. Изведени са основни изводи за силните страни и ограниченията на логопедичната терапия в ОРЕС и за значението на екипната работа и ясните правила на взаимодействие.

Ключови думи: онлайн логопедична терапия; ОРЕС; дистанционна работа; дигитални платформи; родител като ко-терапевт

THE CHALLENGE OF ONLINE SPEECH AND LANGUAGE THERAPY

*Silvia Kyoshkeryan et al.
Center for Personal Development – Speech and Language Therapy Center –
Varna, Bulgaria*

Abstract: The paper presents shared experience from the work of the Center for Personal Development – Speech and Language Therapy Center (Varna) during the first state of emergency in 2020 and the organization of speech and language therapy delivered in an online distance environment. The authors outline key prerequisites that supported the rapid transition to remote practice, including

access to appropriate equipment, continuous upgrading of digital competencies, and the use of a web-based unified electronic information system. The text describes the selection of communication platforms and channels, scheduling principles, and two practical approaches to presenting and sharing visual and lexical materials. Parent attitudes toward online therapy are addressed through survey data, followed by an overview of the scope of the implemented activity: participating professionals, number of children and students served, number of therapy sessions conducted, and reporting/monitoring procedures. The discussion highlights observations related to therapy in different diagnostic groups (articulation disorders, developmental language disorder, written language difficulties, and stuttering) and emphasizes the increased role of parents as co-therapists within the therapist–parent–child triad. The paper concludes with key takeaways regarding strengths and limitations of online speech and language therapy, and the importance of teamwork and clearly regulated interaction rules.

Keywords: online speech and language therapy; distance learning environment; digital platforms; monitoring and reporting; parent as co-therapist

Въведение

Споделен опит от работата на ЦПЛР–Логопедичен център–Варна по време на първото извънредно положение от 13.03.2020 г. и провеждането на логопедична терапия в електронна среда от разстояние чрез средствата на информационните и комуникационните технологии.

В края на ноември 2019 г. в град Ухан, Централен Китай, са регистрирани първите случаи на COVID-19. Вирусът се разпространява изключително бързо, така че още в първите месеци на 2020 г. в много азиатски и европейски държави са предприети строги противоепидемични мерки. На фона на повишаващата се заболяемост и нарастващата тревога от разширяващата се световна здравна криза, първоначално в България за периода от 09.03. до 11.03.2020 г. е обявена грипна ваканция за цялата страна, която впоследствие е удължена до 13.03.2020 г.

На 13.03.2020 г., след регистрирани 16 случая на COVID-19 за един ден, Народното събрание гласува единодушно и обявява извънредно положение за цялата страна, което по-късно е удължавано неколккратно.

Противоепидемичните мерки в страната са разпоредени със Заповед № РД-01-124/13.03.2020 г. на министъра на здравеопазването Кирил Ананиев. Преустановяват се „посещенията в увеселителни и игрални зали, дискотеки, барове, ресторанти, заведения за бързо обслужване,

питейни заведения, кафесладкарници и големи търговски центрове тип МОЛ“. Разпоредбата предвижда и преустановяване на всички учебни и извънкласни занимания, както и посещенията на децата в детски ясли и градини. Въведено е преминаване към дистанционна форма на обучение там, където това е възможно.

Обучение и терапия в електронна среда от разстояние (ОРЕС)

Най-голямото предизвикателство, пред което е изправена образователната система в страната, е реализирането на обучението в електронна среда от разстояние (ОРЕС).

На преден план се поставят четири основни направления на действие:

1. избор на платформи за работа;
2. избор на материали, необходими за преподаване;
3. наличие на техника;
4. техническата компетентност на всеки педагогически специалист.

Техническа и организационна готовност на ЦПЛР–ЛЦ – Варна

В началото на новото хилядолетие започва активното навлизане на компютрите в държавната администрация. Към този момент Логопедичен център – Варна също разполага с настолен компютър, като част от административната документация се обработва и завежда чрез наличната тогава технология. Отчитайки рационализацията на работния процес и перспективите на тази възможност, се полага основата на политика, насочена към оборудване на логопедичните кабинети в Центъра с настолни компютри.

С развитието на технологиите през 2010 г. започва подмяната на настолните компютри с преносими, които осигуряват по-голяма мобилност и комфорт за практикуващите логопеди.

За да не изглежда като управленско решение без практическа обосновка, е необходимо да се изяснят причините за взетото решение. ЦПЛР–Логопедичен център–Варна е структура от логопедични кабинети, разположени в различни подблокови пространства, детски градини и училища. Част от логопедите обслужват по два кабинета, което прави използването на стационарна компютърна техника по-малко практично.

Освен това част от задължителната документация за всеки кабинет включва списъци с приетите деца, седмични графици и други документи, подлежащи на регулярна отчетност и проверка. С въвеждането на

компютрите в ежедневната практика на логопеда се постигат няколко оптимизации на работния процес. На първо място, със закупуването на преносими компютри за всеки специалист практически се осигурява техника във всеки логопедичен кабинет. На второ място, повишава се скоростта на комуникацията и обмена на документи и справки. На трето място, намалява се разходът на време, енергия и средства за транспорт. На четвърто място, компютрите в логопедичните кабинети се превръщат в ефективна възможност за разширяване и обогатяване на дидактичния и лексикалния материал, както и за въвеждане на различни обучителни софтуерни игри.

Следва да се отбележи, че към настоящия момент наличната техника и възможностите на електронните платформи предоставят адекватна и бърза възможност за мониторинг и контрол от страна на директора.

Дигитална компетентност и електронна информационна система

Не по-малка придобивка за дейността на ЦПЛР–Логопедичен център–Варна е създаването през 2016 г. и въвеждането в експлоатация през 2017 г. на интернет базирана единна електронна информационна система, която има ключова роля в периода на обучение и терапия в електронна среда от разстояние.

Паралелно със закупуването на техника всички служители на ЦПЛР–Логопедичен център–Варна преминават през регулярни обучения, насочени към актуализация и надграждане на дигиталните им компетенции.

Така, на прага на настъпващата пандемия, всеки служител на ЦПЛР–ЛЦ – Варна разполага с преносим компютър за работа и притежава добра компютърна грамотност.

Нагласи на родителите към логопедичната терапия в ОРЕС

Разполагайки с подобен ресурс, усилията на ръководството и членовете на екипа на ЦПЛР–ЛЦ – Варна първоначално се насочват към проучване на нагласите на родителите относно готовността им да пренесат взаимодействието с логопеда в електронна среда.

С цел да проучи мнението и нагласите на родителите за осъществяването на логопедична терапия от разстояние чрез използване на средствата на информационните и комуникационните технологии, ЦПЛР–ЛЦ – Варна създава онлайн анкета чрез платформата Google Forms, публикувана на интернет страницата на Центъра. В анкетата участват 145 родители на деца и ученици, включени в логопедична терапия в условията на

ОРЕС. Част от резултатите са представени графично по-долу. Въпреки че малък процент от родителите изразяват скептицизъм, общата нагласа на участвалите в анкетата е положителна и показва доверие в новата форма на взаимодействие. Резултатите от анкетното проучване са представени в Диаграма 1 и Диаграма 2.

Диаграма 1. Включване на децата в логопедична терапия в електронна среда от разстояние



Диаграма 2. Оценка на родителите за провеждането на логопедична терапия в електронна среда от разстояние



Обхват на логопедичната терапия в електронна среда

Учебната 2019/2020 г. ЦПЛР–Логопедичен център–Варна започва с 28 логопеди, а в логопедичните кабинети на Центъра са приети 958 деца за терапия.

Необходимо е да се отбележи, че към момента на организиране на логопедичната терапия в електронна среда от разстояние включването на децата от предучилищна възраст не е задължително, като за включените деца са въведени строги ограничения относно престоя пред екранни устройства. Пред всеки логопед стои задачата за изключително прецизен подбор на децата и учениците, с които ще се работи в електронна среда, съобразно възрастта, диагнозата, както и времевите и техническите възможности на семействата.

След отчитане на всички фактори и проведени почти двудневни интензивни телефонни разговори с родителите, за логопедична терапия в електронна среда от разстояние са включени 252 деца и ученици, предимно в синхронна форма на работа, обслужвани от 25 логопеди.

Разпределението на децата по възраст и по диагнози е представено в Диаграма 3 и Диаграма 4.

Диаграма 3. Разпределение на децата и учениците, приети за логопедична терапия през учебната 2019/2020 г., по възраст



Диаграма 4. Разпределение на децата и учениците, приети за логопедична терапия през учебната 2019/2020 г., по диагнози



Нормативна рамка и институционална подкрепа

Поради неуточнената нормативна уредба и липсата на ясна концепция за обучението в електронна среда от разстояние (ОПЕС) е взето решение всеки специалист да направи всичко възможно, за да бъде в подкрепа на децата и техните семейства.

Добре познатите софтуерни приложения Word, Skype и търсачката Google се оказват недостатъчни за нуждите на логопедичната работа, тъй като в системата на училищното и предучилищното образование сравнително малко структури използват уеб базирани софтуерни решения на водещите компании Microsoft и Google за административни и обучителни цели.

Една от положителните страни на започналата дигитализация в образованието е създаването на акаунти за учителите и учениците към Министерството на образованието и науката за работа с електронните дневници. В първите дни на извънредното положение голяма част от тези акаунти все още не са активирани. Стратегия на Министерството на образованието и науката е бързата организация, активиране на акаунтите и осъществяване на връзка между училищата и учениците чрез платформите G Suite (Google Workspace for Education) и Microsoft Teams.

За децата от детските градини към този момент не са създадени акаунти, поради което работата с тях в началния етап се осъществява предимно в асинхронна форма. Паралелно с това Министерството на образованието и науката, Българската национална телевизия, както и

различни сдружения и фирми започват активна работа по създаването и предоставянето на образователни ресурси с цел възобновяване на учебния процес.

Комуникационни платформи и организация на терапевтичния процес

В началото на извънредното положение екипът на ЦПЛР–ЛЦ – Варна е в служебен отпуск, който използва, за да се запознае с част от възможностите на продуктите на Google за образование – Google Workspace for Education, Google Meet и Google Drive, както и с платформата Microsoft Teams, чрез които може да се осъществи връзка между специалист и дете. Като водещи и предпочитани канали за комуникация от страна на родителите обаче се налагат приложенията Viber и Messenger.

Първоначално осъществяването на връзка между логопедите на ЦПЛР–ЛЦ – Варна и децата и учениците чрез платформите на Google и Microsoft е силно затруднено. Връзката може да се реализира единствено чрез лични профили на логопедите и родителите, чието създаване често води до допълнителни усложнения и напрежение.

Съществено улеснение в работния процес внася липсата на ограничение при избора на работна платформа. Това дава възможност на специалистите да предоставят на родителите свободата сами да изберат канала за комуникация, който осигурява най-голямо спокойствие и комфорт за детето и семейството.

Специално внимание е отделено на софтуерното приложение за видеоконферентна връзка Zoom, което и до днес остава един от най-често използваните инструменти за комуникация и взаимодействие в дейността на ЦПЛР–ЛЦ – Варна.

В рамките на осемчасовия работен ден графиците на логопедите са изключително гъвкави и съобразени с работното време на родителите, учебната ангажираност на децата и техническите възможности на всяко семейство.

Представяне и споделяне на терапевтичните материали

Паралелно с избора на комуникационни канали възниква въпросът за начините на представяне на картинния и лексикалния материал, необходим за постигане целите на логопедичната терапия. В резултат на дългогодишната вътрешноквалификационна дейност и личната ангажираност на специалистите логопедите разполагат със значителен фонд от дигитализиран картинен материал.

При работата си в условията на ОРЕС специалистите прилагат два основни подхода. Първият включва предварителен подбор, групиране и изпращане на материалите за логопедичното занятие с цел родителите да се запознаят с тях предварително. По този начин по време на занятието родителят вече притежава ясна представа за съдържанието и може по-активно да подпомага процеса.

Вторият подход е директното представяне на избраните материали по време на занятието, с последващото им изпращане за домашна работа. При този начин на работа се постига приблизително възпроизвеждане на условията от физическата среда на логопедичния кабинет в електронна такава. Родителят е пряк наблюдател на процеса, а в края на занятието получава ясни инструкции за използването на предоставения ресурс. И двата подхода се оказват работещи и приложими в зависимост от индивидуалните особености на детето и конкретната ситуация.

С напредването на времето и натрупването на увереност в процеса новооткрити инструменти за работа стават приложения като PowerPoint от пакета Microsoft Office, Paint и други леснодостъпни софтуерни решения. Всеки създаден материал първоначално е споделян чрез Google Drive, но завишените изисквания за сигурност на Google профилите създават затруднения при достъпа до облачното пространство от страна на специалистите.

Това налага целият събран и създаден материал да бъде прехвърлен и споделян в затворената фейсбук група на ЦПЛР–ЛЦ – Варна, която се утвърждава като практично пространство за обмен на ресурси и идеи между логопедите.

Предпочитаните устройства за работа от страна на родителите са основно мобилни телефони, планшети и преносими компютри. Всеки специалист на предходен етап разполага с информация за използването от семейството устройство и съобразява формата и начина на представяне на подготовения за работа материал.

Отчетност, мониторинг и контрол на дейностите

Извънредното положение в страната налага актуализиране на всички вътрешни нормативни актове, свързани с дейността и функционирането на ЦПЛР–ЛЦ – Варна. Обект на промяна и допълнение са Вътрешните правила за организацията и осъществяването на логопедичната работа, Правилникът за вътрешния трудов ред, длъжностните характеристики и други документи, в които се нанасят корекции в съответствие с

издадените заповеди, инструкции и препоръки на Министерството на здравеопазването, Министерството на образованието и науката, Община Варна и Регионалната здравна инспекция – Варна.

С цел осъществяване на контроли и мониторинг на дейностите в условията на обучение в електронна среда от разстояние Министерството на образованието и науката и Регионалното управление на образованието – Варна изпращат указания за осигуряване на отчетност и проследимост на дейността на педагогическите специалисти. Това налага директорът на ЦПЛР–ЛЦ – Варна да въведе седмични декларации с изискуемите реквизити за отчитане на отработените астрономически часове.

Паралелно с това в единната електронна информационна система на ЦПЛР–ЛЦ – Варна започва да функционира модул „Електронен дневник“, включващ секция „Дневен отчет“. По този начин още в началния етап се осигурява ясна регулация и ежедневна отчетност на дейността на всеки специалист по отношение на броя на включените деца и ученици, проведените логопедични занятия, темите на занятията и използваните материали.

Ежедневно, до 18:00 ч., всеки логопед изпраща отчет за извършената през деня дейност, както и архив на дидактичния и лексикалния материал, използван при работата с всяко дете. Контролът от страна на директора се отразява в ежеседмични констативни протоколи, които се представят на вниманието на експертите от Регионалното управление на образованието – Варна.

Сътрудничество с Медицински университет – Варна

В началото на учебната 2017/2018 г. Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна започва обучение на студенти по специалност „Логопедия“. Между Университета и ЦПЛР–Логопедичен център–Варна се поставя началото на тясно сътрудничество и взаимодействие.

През януари 2018 г. ЦПЛР–Логопедичен център–Варна сключва договор с Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, чийто предмет е осигуряване на бази за практическо обучение на студентите от специалност „Логопедия“. Първоначално Центърът предоставя три логопедични кабинета, а впоследствие – пет кабинета за база на практическото обучение на бъдещите логопеди.

В условията на пандемията Медицински университет – Варна също предприема действия за реализиране и приключване на започналата

учебна година. Планираните практически занятия на студентите към ЦПЛР–ЛЦ – Варна се предоговарят и пререструктурират съобразно новите графици на логопедите-ментори, които от своя страна са подготвени за работа с електронните платформи, използвани от Университета.

Съществено предизвикателство за всеки специалист се оказва работата едновременно с няколко платформи – една, чрез която се осъществява логопедичната терапия с детето, и втора, чрез която се осигурява достъп на студента до процеса на провежданата терапия. В редица случаи това води до повишено натоварване, преди всичко поради технически ограничения, на което логопедите отговарят с висока степен на професионална ангажираност и търпение.

Обобщени резултати и постигнати ефекти

Обобщението на постигнатите резултати показва, че в логопедичната терапия в електронна среда от разстояние чрез средствата на информационните и комуникационните технологии са включени директорът на ЦПЛР–ЛЦ – Варна, заместник-директорът, главният счетоводител и 25 логопеди, както и 252 деца и ученици.

В рамките на периода са проведени над 5000 логопедични занятия, със среден брой от 102 проведени занятия на ден. Изпратени са над 1150 дневни отчета от логопедите, които са проверени и одобрени от директора.

В резултат на съвместната работа е създадена обща облачна среда за споделяне и обмен на идеи и материали, разработени от логопеди за логопеди.

Паралелно с това са надградени дигиталните компетенции на всеки един специалист.

Надградена е и единната електронна информационна система на ЦПЛР–ЛЦ – Варна, която предоставя възможност за ежедневно наблюдение на ключовите подсистеми в Центъра – обхват на децата и учениците, статус на логопедичните кабинети и дейността на специалистите, което позволява навременен анализ, оценка и предприемане на коригиращи действия при необходимост.

Наред с това се утвърждава като добра практика използването на интернет базирани платформи Zoom и Microsoft Teams като средство за осъществяване на мониторинг, контрол и работа с деца и ученици в условията на ОПЕС.

В израз на признание и благодарност за всеотдайната работа в условията

на извънредни противоепидемични мерки всички логопеди, провели логопедична терапия от разстояние в периода 30.03.2020–15.06.2020 г., получават грамоти от директора на Регионалното управление на образованието – Варна, д-р Венцислава Генова.

Заклучение

Изводите от преживения опит са разнопосочни и многопластови. Първият безспорен и най-ясно открояващ се факт е, че няма друг начин на комуникация, при който да се осъществява толкова пълноценен и изчерпателен обмен на информация, както при живото общуване между хората. Именно на основата на съзнателните и несъзнателните договорености, които се изграждат между двама души във физическа среда, се формират и взаимоотношенията във виртуалното пространство. В този смисъл значителна част от успеха на реализираната логопедична терапия в условията на ОРЕС е резултат от вече изградени и регулирани граници на взаимодействие между специалиста и детето в реалните кабинетни условия на предходен етап.

Друг съществен аспект, наблюдаван в процеса, е преразпределението на отговорността в терапевтичната триада логопед–родител–дете. Онлайн логопедичната терапия поставя родителя в позицията на активно участващ ко-терапевт. Дистанцията, наложена от екрана, ограничава пряката намеса на логопеда и го позиционира едновременно като инициатор и ментор на родителя, който работи активно със своето дете.

„Влизайки“ в дома на своите пациенти, логопедът получава значително по-пълна представа за навиците, условията и вътресемейните взаимодействия. Чрез деликатна и професионална намеса при изграждането на нова структура на взаимодействие (в работен аспект) се постига по-бърз и по-отчетлив ефект от логопедичната терапия.

Професионален интерес предизвиква и наблюдението, че трудната реализация на едни умения в електронна среда се компенсират от активирането на други умения, които във физическа среда често остават по-слабо изразени. Например при задачи за пространствена ориентация, като лабиринти, във физическа среда от детето се изисква пряко двигателно действие, докато в електронна среда, поради ограничените технически умения, детето е стимулирано да вербализира процеса.

Очаквано, децата от предучилищна възраст взаимодействат с логопеда

в електронна среда опосредствано чрез родителя, докато децата от начална училищна възраст и по-горните класове проявяват значително по-висока степен на самостоятелност и способност за активно участие в терапевтичния процес.

Любопитен, но логически обоснован факт се оказва връзката между ангажираността на родителите и ефективността на логопедичната терапия. Родителите с по-ниска мотивация са по-склонни да оставят децата сами пред екранните устройства по време на занятието, което в отделни случаи води до затруднения и компрометиране на работния процес.

Анализът на логопедичната терапия в условията на ОРЕС при различните групи нарушения води до следните изводи. При артикулационните нарушения основна трудност представлява ясното и коректно възприемане на звука, което е пряко зависимо от техническите характеристики на използваните устройства. При вече поставени звукове автоматизацията е възможна и сравнително лесно осъществима. По-голямо внимание и прецизност изискват диференциациите, особено между звуковете от съскавата и шушката група, при които активното участие на родителя се оказва ключово за успеваемостта.

Децата със специфични езикови нарушения (дисфазия на развитието) посрещат логопедичната терапия в електронна среда с изразен интерес. Занятията протичат структурирано, с ясно начало и край на всяка задача. Смяната на дейностите осигурява естествени паузи между задачите, които подпомагат превключването на вниманието, без да се нарушава ритъмът на работа. Работата чрез екранни устройства се възприема от тези деца като позната и по-малко заплашваща, тъй като липсват част от изискванията и напрежението на физическата среда, в която често се проявява несигурност, свързана с дефицитите.

При децата със затруднения в писмената реч също се отчита неочаквано висока ефективност на терапевтичния процес, обяснима с по-високата ангажираност на родителите и увеличената честота на упражненията. При заекващите деца работата в електронна среда протича по-бавно в сравнение с кабинетните условия, поради ограничените възможности за директен контрол от страна на логопеда, но остава напълно постижима и смислена.

Диагностиката е единствената дейност, която не се осъществява в условията на обучение и терапия в електронна среда. Поради тази причина през периода на онлайн взаимодействие не се приемат нови деца.

В заключение може да се обобщи, че предизвикателството на онлайн логопедичната терапия извежда на преден план няколко ключови акцента: значимостта на живото общуване; ролята на екипността и единомислието в колектива, особено в кризисни ситуации; ясно дефинираните роли и отговорности в триадата специалист–родител–дете. Добрата екипна работа в реална среда се оказва решаваща предпоставка за успех и във виртуалната. Връзките, изградени чрез живото общуване, са незаменими и осигуряват устойчиви професионални и лични резултати.

РЕЧ, ОБЩУВАНЕ И ПСИХИЧНА УСТОЙЧИВОСТ (SCR4CLEFT)

Международен проект по програма „Еразъм+“ за повишаване на квалификацията при работа с деца с вродена цепнатина на устните и/или небцето

*(Представяне на уъркшоп)
Йорданка Маркова, Жана Ангелова
Асоциация „Лицеви аномалии“*

*Юрий Анастасов
Медицински университет – Пловдив*

Въведение

Финансираният от ЕС проект за речева комуникация и устойчивост (SCR4Cleft) е тригодишна програма за разработване на обучителни материали. Тези материали са структурирани, обсъждани и валидизирани от група експерти и ще осигурят съдържанието на курсове за обучение на родители, здравни и други специалисти, за да предоставят подкрепа на езиковото развитие, комуникацията и психичната устойчивост на децата, родени с вродена цепнатина на устната и/или небцето (ВЦУН), и техните родители във възрастта 0–11 години.

Контекст и организация на проекта

Шест партньорски организации (България, Румъния, Естония, Малта, Италия и Сърбия) правят единна оценка на текущото ниво на подкрепа за речта и устойчивостта в собствените си страни. Следва преглед на литературата, която изследва как логопедията и психологията могат да бъдат комбинирани, за да се насърчи ефективната адаптация към медицинския проблем и неговото лечение. Тази подготвителна работа дава информация за разработването на учебните материали, които са събрани от партньори от Ирландия, Холандия и Норвегия. Разработват се шест модула, които преминават пилотно представяне пред разнородни групи. Прави се тест и ретест за усвояване на съдържанието. Обратната връзка, събрана от пилотните обучения, дава възможност за коригиране на материала, за да се вземат предвид местният контекст и

фонологичната система на съответния език. Разработва се наръчник за курса, предоставящ насоки как трябва да се провежда, с подробности за очакваните резултати от обучението.

След определянето на съдържанието на курса се организират различни мероприятия за популяризиране на проекта и за привличане на различни специалисти, които да използват създадените модули. Едно от тези събития е Международната логопедична конференция Албена 2022.

Представяне на обучителните модули и уъркшоп формата

Курсът се състои от следните модули: въвеждащ; понятия в езиковото развитие, комуникацията и психичната устойчивост; потенциални въздействия на цепнатината и нейното лечение; насоки какво могат да направят родителите, за да подпомогнат развитието на речта, езика и комуникацията; как да се насърчи психичната устойчивост при децата; как да се насърчи психичната устойчивост на родителите. Пилотното тестване се провежда в смесени аудитории (специалисти, неспециалисти, студенти). Като цяло резултатите показват значително подобрение в знанията сред неспециалистите и студентите. Мнението на експертите, преминали пилотното проучване, потвърждава необходимостта от структуриран материал с изчистено от странични подробности съдържание, който да информира за важното и същественото при стимулиране на езиково-комуникативното развитие и постигането на психична устойчивост в процеса на лечение на ВЦУН.

Обсъждане и изводи

Проектът демонстрира как може да се подобри квалификацията на неспециалистите, за да могат те да поемат важна роля при консултирането в областите на езиковото развитие и психологията. Това е необходимо, за да може да се осигури адекватно консултиране на местата, където специалисти не съществуват поради ограничения на ресурсите. Когато бъдат завършени всички материали, те ще могат да бъдат изтеглени безплатно от уебсайта на проекта www.scr4cleft.org. Те могат да представляват особен интерес за семействата с по-нисък финансов статут или за местата, където няма достъп до логопед и психолог, както и за екипите за лечение на ВЦУН във всички страни.

СОЦИАЛНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД ЛОГОПЕДИЧНАТА ПРАКТИКА

Сборник доклади

Логопедична конференция Албена 2022 г.

Българска
Първо издание

Дизайн на корицата и предпечат
Ивета Николова

Съставител и редактор:
Благослава Банчева

Формат: 70x100/16

Издател
Бланико ООД

Сборникът **„Социални предизвикателства пред логопедичната практика“** включва доклади от Логопедичната конференция, проведена в Албена през 2022 г. Публикуваните материали разглеждат съвременни теоретични, диагностични и терапевтични аспекти на логопедичната практика в контекста на социалната среда, взаимодействията и качеството на живот на хората с комуникативни нарушения.

В сборника са представени изследвания и практически модели, насочени към работа с деца, ученици и възрастни, както и теми, свързани със семейството, училищната среда, психосоциалните фактори, арт-терапевтичните подходи, допълващата и алтернативна комуникация и новите предизвикателства пред логопедичната практика в дигитална среда. Изданието е предназначено за логопеди, специалисти в областта на комуникативните нарушения, студенти и всички, които се интересуват от социалните измерения на съвременната логопедия.