

СБОРНИК ДОКЛАДИ

от

Научна конференция с международно участие
**„КОМУНИКАТИВНИ И
ЕМОЦИОНАЛНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКИ НАРУШЕНИЯ“**
12 – 14 Декември 2014 г., София

ISBN 978-954-535-863-0



**Сборник доклади от Научна конференция с международно участие
„КОМУНИКАТИВНИ И ЕМОЦИОНАЛНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИ НАРУШЕНИЯ“ 12 – 14
Декември 2014 г., София**

**Организирана от Департамент „Здравеопазване и социална работа“ при
Нов Български Университет, „Център за терапия на комуникативни и
емоционално-поведенчески нарушения в детска възраст“ и Държавен логопедичен
център – София**

**Редакционна колегия: Виолета Боянова, Маргарита Станкова, Живка
Винарова**

Рецензент: Иванка Асенова

Техническо оформление: Полина Михова

Издател: Нов български университет, София, 2015

ISBN 978-954-535-863-0



Съдържание

ГРАМАТИЧНИ, СИНТАКТИЧНИ И СЕМАНТИЧНИ ДЕФИЦИТИ ПРИ ДЕЦА СЪС СПЕЦИФИЧНА ЕЗИКОВА СЛАБОСТ В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ	4
РАЗВИТИЕ НА КОГНИТИВНАТА ДЕЙНОСТ ПРИ ДЕЦА С МНОЖЕСТВО УВРЕЖДАНЯ ЧРЕЗ МЕТОДИКАТА НА МАРИЯ МОНТЕСОРИ	9
ХАРАКТЕРИСТИКА НА АРТИКУЛАЦИОННОТО ПОВЕДЕНИЕ КАТО ДИАГНОСТИЧЕН МАРКЕР ЗА ГОВОРНА ИЛИ ЕЗИКОВА ПАТОЛОГИЯ	14
СЪСТОЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛНАТА МОТОРНА АСИМЕТРИЯ ПРИ ДЕЦА ОТ ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ	25
МОБИЛНИ И ИНТЕРНЕТ ПРИЛОЖЕНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯ НА СПОСОБНОСТТА ЗА УЧЕНЕ	34
СТРАТЕГИИ ПРИ ЧЕТЕНЕ НА ДУМИ И НЕДУМИ ПРИ ДЕЦА В НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ	51
ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА И АУТИЗЪМ	55
СПОРТЪТ КАТО СРЕДСТВО ЗА ТЕРАПИЯ НА ДЕЦА С КОМУНИКАТИВНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА	64
МОДЕЛИ НА СПОРТНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ЗА ДЕЦА С НАРУШЕНИЯ ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР	69
ПРАКСИС И НЕГОВИЯТ КОНТРОЛ ВЪРХУ ЕКЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА	74
ВРЪЗКА МЕЖДУ СПЕЦИФИЧНИ ЕЗИКОВИ НАРУШЕНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ	80
РОЛЯТА НА ДЯСНАТА ХЕМИСФЕРА ПРИ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ ПРИ АФАЗИЯ: СЛУЧАЯТ ЗЛАТЮ БОЯДЖИЕВ	89
ПРАКТИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ПАРТНЬОРСТВОТО В ЕКИП ПРИ КОХЛЕАРНА ИМПЛАНТАЦИЯ	110
РАЗВИВАЩИТЕ ФУНКЦИИ НА БЪЛГАРСКИТЕ ДЕТСКИ ФОЛКЛОРНИ ИГРИ ПРИ ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ В ИНТЕГРИРАНА СРЕДА	118
ТРЕВОЖНОСТ, РОДИТЕЛСКО ПРИЕМАНЕ-ОТХВЪРЛЯНЕ И РОДИТЕЛСКИ СТИЛ ПРИ ДЕЦА В НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ	123
САМООЦЕНКА И ТРЕВОЖНОСТ ПРИ ДЕЦА С ДИСЛЕКСИЯ НА РАЗВИТИЕТО	133



ГРАМАТИЧНИ, СИНТАКТИЧНИ И СЕМАНТИЧНИ ДЕФИЦИТИ ПРИ ДЕЦА СЪС СПЕЦИФИЧНА ЕЗИКОВА СЛАБОСТ В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Пламен Петков

Шуменски Университет „Епископ Константин Преславски“, Педагогически Факултет,
катедра „Специална педагогика“

Резюме: В статията са представени резултати от изследване, насочено към уменията на деца със специфични езикови нарушения в предучилищна възраст да използват граматични, синтактични и семантични операции. Анализирани са също основни особености в езиковото развитие на тези деца. Особено внимание е обърнато на синтактичната структура на изказванията на децата и на ролята на изреченията и начина на тяхното съставяне за овладяването на значенията на глаголите. Представени са данни от експеримент, включващ 30 деца със специфични езикови нарушения на пет години и 30 техни връстници с нормално езиково развитие. Изследваните деца с езикови трудности получават специализирана логопедична помощ в детските градини, които посещават. Изследването на техните вербални умения обхваща следните операции: назоваване на съществителни имена, на глаголи и на прилагателни имена, разбиране на значенията на думи, обозначаващи съществителни имена, прилагателни имена, глаголи и предлози, разбиране на изречения, на текст и на идиоми. Изследвани са също уменията на децата да съставят изречения и разказ, както и техните спонтанни изказвания. Описани са и са анализирани трудностите и грешките на децата със специфични езикови нарушения при използването на различни глаголни времена.

Ключови думи: специфични езикови нарушения, езиково декодиране, номинация, синтактична структура, граматически операции.

GRAMMATICAL, SYNTACTIC AND SEMANTIC DEFICITS IN PRESCHOOLERS WITH SPECIFIC LANGUAGE IMPAIRMENT

Plamen Petkov

Shumen University “Bishop Konstantin Preslavsky”, Faculty of Pedagogy, Special Pedagogy
Department

Abstract: Some of the results of an enquiry are presented within the paper. The focus of the enquiry ranges grammatical, syntactic and semantic operations and skills in preschoolers with specific language impairment. The basic particularities of language development of these children are analyzed. Special attention is paid to the role of sentence's use and the syntactic structure for the acquisition of the verb's meanings by children. Thirty preschoolers with specific language impairment are examined within the experiment. They are five years old and receive special support by speech therapists in the kindergartens. The enquiry includes the next operations and functions: naming of nouns, naming of verbs, and understanding of nouns, adjectives, prepositions and verbs, comprehension of sentences, text and idioms (metaphors). The abilities of children to create sentences, short story and retelling are also examined. The use of different tenses and the kinds of mistakes made by the children in this area are described and analyzed.

Key words: specific language impairment, comprehension, naming, syntactic structure, grammatical operations.

Въведение

Специфичната езикова слабост е нарушение, при което в много от случаите се наблюдават дискретни прояви на различни по характера си вербални дефицити. Наличието на показатели за нормално развитие на невербалния интелект, на когнитивните, сензорните и двигателните функции, както и на сравнително добра социална адаптация в сравнение с редица други видове нарушения изисква прецизна диагностика и проследяване на механизмите, чрез които се проявяват тези дефицити и се отличават от други, неспецифични варианти на езикова патология.

Важно е да се определи при кои аспекти на езиковата употреба възникват и се



разрастват трудностите на тези деца, как протича динамиката на тяхното езиково развитие и как могат да бъдат систематизирани и класифицирани особеностите на тези езикови дисфункции при конкретна популация деца.

В литературните източници се посочва, че децата със специфична езикова слабост са около 7% от общата популация, като преобладава броят на момчетата. В голяма част случаите в семейството на тези деца са налице данни за родственици от предишни поколения, които са имали проблеми при овладяването на езика. Съществуват области, които представляват особена трудност при овладяването на езика при преобладаващата част от децата със специфични езикови нарушения, но трябва да се има предвид, че като цяло езиковите особености и трудности при тези деца обособяват група от хетерогонен тип.

Анализирайки проблемите на обучаемостта Pinker [4] акцентира върху наличието на емпирични условия, които са особено важни за езиковото развитие. Едно от тези условия според него е времето, за което това развитие се осъществява и по-точно темповете и скоростта, с което то протича. Теорията на Pinker описва механизъм, при който децата овладяват езика толкова бързо, колкото е възможно. Бързата скорост на овладяване на езика е един изключително важен показател. Децата със специфична езикова слабост обаче бавно усвояват думи и изречения. В действителност механизмите за овладяване на езика позволяват, дори изискват при повечето деца овладяването да протича сравнително бързо, докато при други деца, същите тези механизми причиняват изключителен бавен темп на езиковото развитие.

Друго важно условие според Pinker е условие на развитието. Според неговата теория могат да бъдат предвидени междинни етапи в развитието. Ако ограничим вниманието си към индивидуалните особености, езиковото развитие на децата със специфична езикова слабост наподобява нормалното развитие на деца от по-ранна възраст. Въпреки това проследявайки основните показатели на езиковото развитие, трябва да отбележим, че децата със специфична езикова слабост нямат същите показатели, както останалите деца във всеки момент от времето, независимо дали тези показатели са проявени в по-ранна или в по-късна възраст.

Trauner, Wulfeck, Tallal и Hesselink [5] определят като средна възраст на появата на словосъчетания 17-ия месец при нормално развиващите се деца и 37-ия месец при децата със специфична езикова слабост.

Един от най-важните показатели за езиковото развитие е овладяването и използването на значенията на глаголите, тъй като от това зависи появата на фразова реч, употребата на постепенно усложнявани синтактични конструкции, включващи активното прилагане на операции, свързани с граматическата морфология и морфосинтаксиса. Gleitman и нейни колеги [1] демонстрират, че значенията на много глаголи не могат да бъдат овладени просто чрез представяне на събития и действия и глаголите, които ги описват. Установено е, че тук всъщност по-скоро е необходимо да бъде използвана определена конструкция на изречение, в която да бъде включен глагол. Без наличието на изречение и синтактична структура детето не може да овладее значенията на глаголите независимо от начина, по който са онагледявани и показвани всички действия. От друга страна, въпреки тази иницираща и силно стимулираща роля на изречението, е много важно също така детето да разграничи конкретното значение на глагола от други възможни семантични интерпретации.

Дискусия

В настоящото проучване е направен опит да бъде проследена връзката и наличието на водещи дефицити по отношение на семантиката, граматиката и синтаксиса при петгодишни деца със специфична езикова слабост. Използвани са



част от данните от изследване на 30 деца със специфична езикова слабост в предучилищна възраст и 30 техни връстници с нормално езиково развитие.

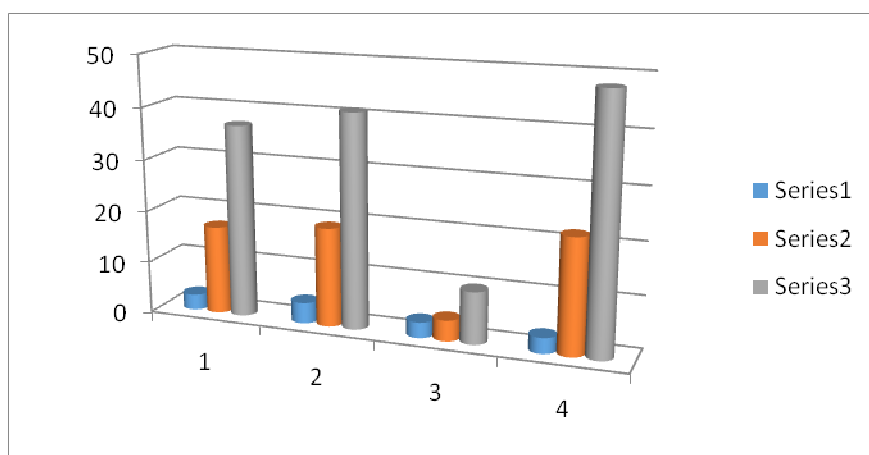
Един от показателите, по които е направено сравнение, това е дължината на изказванията на децата от експерименталната и контролната група. Таблица №1 и таблица №2 представят дължината на изказванията на децата от двете групи при съставяне на разказ по серия от картини и при спонтанно кодиране.

Таблица № 1 Среден брой изречения, среден брой думи и среден брой морфеми при съставяне на разказ по серия от картини.

	<i>Среден брой изречения</i>	<i>Среден брой думи</i>	<i>Среден брой морфеми</i>
Момичета със специфична езикова слабост	3	17,2	37,4
Момичета с нормално езиково развитие	3,9	19,3	41,5
Момчета със специфична езикова слабост	2,8	4,8	10,2
Момчета с нормално езиково развитие	3	22,3	48,6

Таблица № 2 Среден брой изречения, среден брой думи и среден брой морфеми при изследване на спонтанната реч на децата.

	<i>Среден брой изречения</i>	<i>Среден брой думи</i>	<i>Среден брой морфеми</i>
Момичета със специфична езикова слабост	3,1	19,1	36,5
Момичета с нормално езиково развитие	2,7	18,2	39,4
Момчета със специфична езикова слабост	2,4	10,7	20,3
Момчета с нормално езиково развитие	2,8	21,4	40,2



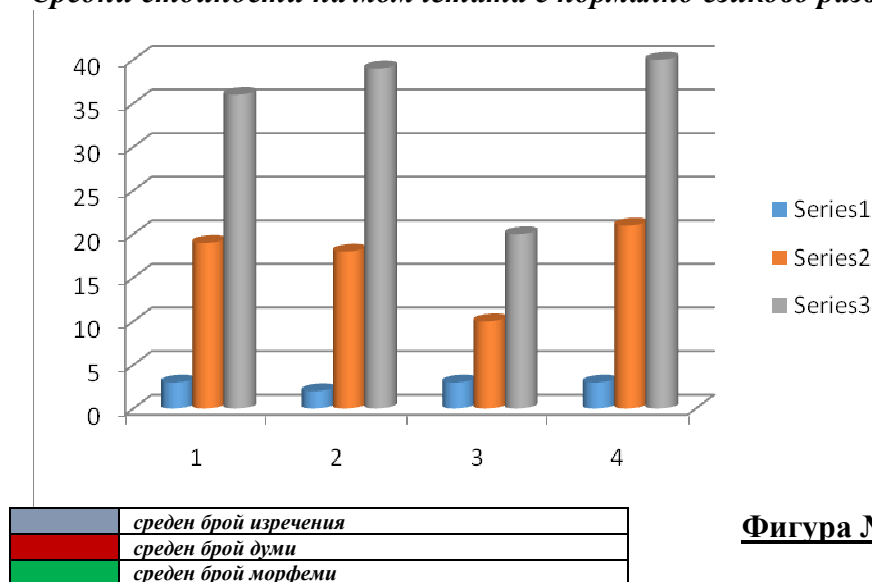
	<i>среден брой изречения</i>
	<i>среден брой думи</i>
	<i>среден брой морфеми</i>

Фигура № 1



Съотношение между средния брой изречения, средния брой думи и средния брой морфем, използвани от изследваните деца при съставянето на разказ по серия от картини.

- 1- Средни стойности на момчетата със специфична езикова слабост.
- 2- Средни стойности на момчетата с нормално езиково развитие.
- 3- Средни стойности на момчетата със специфична езикова слабост.
- 4- Средни стойности на момчетата с нормално езиково развитие.



Фигура № 2

Съотношение между средния брой изречения, средния брой думи и средния брой морфем, използвани от децата при изследване на тяхната спонтанна реч.

- 1- Средни стойности на момчетата със специфична езикова слабост.
- 2- Средни стойности на момчетата с нормално езиково развитие.
- 3- Средни стойности на момчетата със специфична езикова слабост.
- 4- Средни стойности на момчетата с нормално езиково развитие.

Заклучение

В посоченото съотношение на дължината на изказванията се забелязват по-ниски стойности при децата със специфична езикова слабост и това е особено отчетливо в спонтанната реч на момчетата. Въпреки това е важно да отбележим, че основните трудности и проблеми при децата със специфична езикова слабост се отнасят до граматическите операции. По отношение на семантиката резултатите от изследването показват, че при тези деца декодирането на думи е сравнително добро. При съпоставянето на декодирането на съществителни имена, глаголи, прилагателни имена и предлози най-ниска успеваемост се наблюдава при декодирането на предлози. Декодирането на изречения е сравнително добро – децата показват картина, която съответства на чуто изречение. Декодирането на идиоми е с много ниска успеваемост. Трудностите в декодирането на децата със специфична езикова слабост нарастват с разширяването на контекста – колкото по-широк е контекстът, толкова повече семантични грешки се наблюдават в техните отговори. Това се дължи именно на трудностите, свързани с приложението на граматическите правила. Този дефицит е отчетлив и при изследването на езиковото кодиране. Когато децата трябва да съставят разказ по серия от картини, те могат да кодират множество думи изолирано по отношение на изображението на обекти, признаци и действия в картините, но когато трябва да съставят разказ, изказванията им са изключително лаконични. Наблюдават се



циркумлокуторни фрази и семантични парафазии. Особено ясно изразени са трудностите в употребата на непряко допълнение в изреченията. Наблюдават се разнообразни морфологични грешки и различни варианти на параграматизъм. Проблемите, свързани с прилагането на граматическата морфология преобладават като това дава своето отражение върху морфосинтаксиса. При употребата на глаголните времена най-често използвани са сегашно време, минало време и минало неопределено време, благодарение на което децата могат да използват и минали причастия на глаголите. При употребата на бъдеще време са констатирани множество грешки, а само два са случаите, когато деца със специфична езикова слабост използват бъдеще време в миналото. На базата на посочените резултати би могло да заключим, че проблемите по отношение на синтактичните конструкции и тяхната сложност, както и трудностите в граматическите трансформации преобладават в сравнение със семантичните дефицити, които са по-дискретни и се влияят от особеностите на контекста.

Библиография:

- [1]. Gleitman, L. (1990). The structural sources of verb meanings. *Language Acquisition*, 1, 3-55.
- [2]. Gleitman, L., Gleitman, H. (1992). A picture is worth a thousand words, but that's the problem: The role of syntax in vocabulary acquisition. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 31-35.
- [3]. Pinker, S. (1979). Formal models of language learning. *Cognition*, 7, 217-283.
- [4]. Pinker, S. (1989). *Learnability and cognition. The acquisition of argument structure*. Cambridge, MA: MIT Press.
- [5]. Trauner, D., Wulfeck, B., Tallal, P., Hesselink, J. (1995). Neurologic and MRI profiles of language impaired children. Technical Report CND-9513, Center for Research in Language, University of California at San Diego.

Информация за автора:

гл.ас.д-р **Пламен Стефанов Петков** - катедра „ Специална педагогика”,
Педагогически Факултет, Шуменски Университет „ Епископ Константин Преславски”,
гр. Шумен,



РАЗВИТИЕ НА КОГНИТИВНАТА ДЕЙНОСТ ПРИ ДЕЦА С МНОЖЕСТВО УВРЕЖДЕНИЯ ЧРЕЗ МЕТОДИКАТА НА МАРИЯ МОНТЕСОРИ

Снежана Николова¹, Юлия Дончева²

¹Катедра Специална педагогика, Шуменски университет „Епископ Константин Преславски”,

²Катедра Педагогика, психология и история, Русенски университет „Ангел Кънчев“

Резюме: Децата с множество увреждания се определят като деца, които поради дълбочината на своите физически, умствени или емоционални проблеми се нуждаят от образователни, социални, психологически и медицински грижи, надхвърлящи традиционните грижи, с цел да се достигне максимума на социално взаимодействие. Все по-често на специалните педагози се налага да използват обучителни техники, целящи постигане на по-висока ефективност, да въвеждат интерактивни и нетрадиционни методи на обучение. Монтесори педагогиката е известна в световен мащаб и се прилага успешно както при деца в норма, така и при деца с различни нарушения и затруднения в различни сфери на функциониране – когнитивна, двигателна, социална, езикова, емоционално-поведенческа и пр. Мария Монтесори създава един уникален метод за работа – технологичен и комплексен, чрез който всяко дете работи индивидуално по свой собствен план. Самата тя го определя като „метод основан на свободния избор на детето в подготвена среда”. Методът на Мария Монтесори е доказал своите развиващи функции, апробирани и при деца с множествени увреждания по отношение на сензорните, предметно-манипулативните и речевите им възможности.

Ключови думи: деца с множество увреждания, метод на Мария Монтесори, когнитивна дейност, развитие на сензорни и предметно-манипулативни възможности.

DEVELOPMENT OF COGNITIVE FUNCTION IN CHILDREN WITH MULTIPLE DISABILITIES THROUGH THE METHODOLOGY OF MARIA MONTESSORI

Snezhana Nikolova¹, Julia Doncheva²

¹Department of Special Education, University of Shoumen "Bishop Konstantin of Preslav"

²Department Pedagogy, Psychology and History, Ruse University "Angel Kanchev"

Abstract: Children with multiple disabilities are defined as children who, due to their physical, mental or emotional problems need educational, social, psychological and medical care beyond traditional care in order to reach the maximum of social interaction. Increasingly special educators need to use learning techniques aimed at achieving greater efficiency, introduce interactive and traditional methods of training. Montessori pedagogy is known worldwide and has been successfully applied in children with typical development and in children with various disorders and difficulties in different areas of functioning - cognitive, physical, social, linguistic, emotional, behavioral, etc. Maria Montessori created a unique method of operation - Technology and complex, through which each child works individually on his/her own plan. She defines it as "a method based on free choice in a prepared environment". Maria Montessori's method has proven its developing features probated in children with multiple disabilities in terms of sensory manipulative and speech abilities.

Key words: children with multiple disabilities, method of Maria Montessori, cognitive activity, development of sensory and manipulative possibilities.

Въведение

Д-р Мария Монтесори (1870-1952) е уникална личност, една от най-ярките и стойностни фигури в науката. Тя е и първата жена в Италия, която получава



медицинско образование. В ползването на нейните интереси се включват не само медицина, педагогика и психология. Тя се интересува от антропология разсъждавайки върху въпросите за еволюционното развитие на човек и природните фактори, влияещи на умственото развитие на детето. Тя е изключителен наблюдател на детския свят, на базата на което стига до извода, че децата не приличат на възрастните хора и са различни.

М. Монтесори е автор на собствена педагогическа методика, по която работят в много училища по света и до днес. Създава теория на възприятието, разработва систематичен метод за развиване способностите за възприемане. Прилага нова методика за обучение на умствено изостанали деца, най-вече чрез използване на предмети, стимулиращи усещанията, апробира, търси в практиката потвърждение на своите теории относно системата за самообразование на децата. М. Монтесори смята, че детето трябва да се остави само да се разгърне и прояви. Тя настоява детето да има пълна свобода на действие. Методът ѝ поставя детето в подпомагаща среда, в която липсва състезателност и в която то учи с помощта на подходящи за възрастта му игри, носещи познание, пригодени към индивидуалните му интереси и познания. Твърди, че детето е това, което води учителя, а не обратното. Целта ѝ е да промени традиционното разбиране за активната роля на учителя, налагащ произволни задачи върху пасивен клас. Разработва система от дидактични игри за стимулиране и развитие на сензориката на децата. Включва “упражнение в ежедневието” и “упражнения от практическия живот”, упражнение за търпение, точност и повторение. Използва специални дидактични материали (шишенца с течности с различна миризма, дъсчици с различна по грапавина плоскост, звукове от звънчета, чукчета, свирки, чашки с течности с различна температура и др.). „Основна концепция, върху която изгражда педагогическата си дейност, е, че децата се нуждаят от подходяща среда, в която да живеят и да се учат. Тя обръща специално внимание на обстановката в дома – мебели, килими, украса, цветове, звуци, архитектура (да са съобразени с ръста на детето и да го улесняват в дейността му, но и в същото време да го възпитават естетически).” [1:240–241].

Материал и методи

Всички тези гореизброени идеи с лекота се прилагат сред децата в норма, отколкото при децата със специални образователни потребности (СОП). По-голяма специфика изисква приложението им с лицата от помощните училища (ПУ) или от комплексите от резидентни услуги за деца и младежи с увреждания (КРУДМУ). ПУ са част от държавните образователни институции. Основните им дейности са насочени към обучение и възпитание, които да водят до успешна социална интеграция и професионална реализация; към подготовка за интегриране в общообразователна среда; към ресурсно подпомагане на интегрираните деца и ученици със СОП. Обучението в ПУ се организира за ученици с умерена и с тежка умствена изостаналост, както и с множество увреждания, от I до VIII клас. Те се обучават по специални учебни планове, както и по индивидуални образователни програми. Децата с множество увреждания се обучават по индивидуални образователни програми, в които се акцентира върху следните области: общо моторно развитие (фини и груби моторни умения), самообслужване, когнитивни умения, езиково-говорно развитие и комуникация, социални умения, художествена дейност, трудова терапия, учебна дейност. Невъзможно е да се изработи унифицирана характеристика на децата с множество увреждания, въпреки това могат да се изведат някои общи закономерности: те чувствително се отличават в развитието си от децата в норма; имат чести прояви на стереотипно поведение (въртене на главата, клатене на тялото, притискане на очните



ябълки и др.); с ниско езиково равнище и сериозни трудности във вербалното общуване - малко или пълно неразбиране на отправената към тях реч; с трудности в разбирането и изпълняването на инструкции; липса на самостоятелност и ниски способности за битов труд; затруднена социална интеграция; наличие на допълнителни (придружаващи) болестни процеси. В последните години специфичните методи на обучение намират все по-голямо приложение при работата особено с деца с множество увреждания. Все по-често на специалните педагози се налага да използват обучителни техники, целящи постигане на по-висока ефективност, да въвеждат интерактивни и нетрадиционни методи на обучение.

В КРУДМУ се предлагат социални услуги, създаващи условия за цялостно обслужване на децата и младежите през деня. Целите на КРУДМУ са да се развие потенциала на всяко от децата; да се обучат в самостоятелен и смислен живот; да се интегрират като равноправни членове на обществото. Палитрата от дейности е свързана с оказване на социално-психологическа и методическа подкрепа на лицата с увреждания за преодоляване на социалната изолация и подобряване качеството им на живот.

Развивайки самостоятелността и социалната активност на формиращата се личност, в ПУ и в КРУДМУ може да се изгради ефективна система от адаптивни механизми, качества и свойства на умствено изостаналите, което е достатъчна основа на тяхната социална рехабилитация. Такава дейност се апробира чрез Методиката на Мария Монтесори в КРУДМУ, включващ центровете за настаняване от семеен тип „Вяра“, „Надежда“ и „Любов“, гр. Русе, с 38 потребители на социалната услуга, в период от една календарна година. *Водещите принципи* в конкретната работа бяха разяснени и поставени на видно място за педагозите и социалните работници, а именно:

- Не пресирайте детето, ако то само не се обърне към Вас.
- Не говорете лошо за детето, нито пред него, нито зад гърба му.
- Подгответе средата за работа с детето. Бъдете педантични в грижите си за нея. Помогнете му да установи конструктивно взаимодействие с нея. Покажете му мястото на всеки развиващ материал (предмет) и правилната работа с него.
- Бъдете готови да отговорите, да взаимодействате с детето винаги когато Ви пита, когато иска да комуникира с Вас.
- Уважавайте го, макар и да е направило грешка, която сега или по-късно ще поправи.
- Прекратете всяко некоректно използване на материалите или всяко действие, което застрашава безопасността на детето или на другите деца.
- Уважавайте детето, което си почива или наблюдава работата на другите, или размишлява как да свърши нещо. Не го принуждавайте на сила да започне веднага да се занимава.
- Помогнете на тези деца, които си търсят занимание, но не могат да си харесат, да се ориентират. Показвайте и обяснявайте на децата, които са се отказали от някаква дейност. Помагайте им да усвоят материала. Правете го сдържано, спокойно и с любов.
- Винаги в общуването си с деца, използвайте добри маниери. Детето се нуждае от любов, от топлина, от разбиране, от напътствие – **ДАВАЙТЕ** му ги!!!

Приложението на Монтесори метода бе в следните *аспекти*:

- ✓ *Зона упражнениия за реалния живот*, включващи въздействия за *когнитивни и речеви стимулации*. Упражненията с материалите помагат на детето само да се грижи за себе си. Включват обучението правилно да се закопчава, да си завързва обувките, да си мие ръцете и съдовете, да пере, да глади и още много други дейности. Упражненията за реалния живот включват в себе си също и материали, които са свързани с преливане, пресипване, носене и сортировка на предмети – дейности, развиващи общата и най-



вече фината моторика на ръцете, които се явяват подготвителен етап за овладяване на писането и четенето. Според Монтесори детето има автоматичен контрол на грешката – то само вижда своята неловкост, истински е разстроено, няма нужда да му се карат, защото само може да проправи грешката си със следващото повторение/упражнение. Манипулирайки с предметите педагогът го подтиква да говори, да повтаря думи/действия. Развиват се познавателните (когнитивните) процеси, вербалните (речевите) функции и социалните компетентности. Детето комуникира, самообслужва се, помага на другите, не е изолирано, а действа, прави, върши.

✓ *Зона за развитие на сензориката*, включваща въздействия на всички усещания, свързани с чувствата. С помощта на характерните за Монтесори методиката материали детето развива своето зрение, осезание, вкус, обоняние, слух, тренира се да различава тежестта на предметите, развива мускулна памет. Изпълняват се с различни движения - качване по стълба, пълзене, ходене по дъска, претегляне на тежести, разглеждане, разлистване страници на сензорни книги, игра с кутийка с подвижно чекмедже, манипулиране с дребни предмети, трениране чувствителността на пръстите. И тук, в тази среда, са включени социалните умения и отношения. Детето се запознава с понятията за пространство, придобива съзнанието, че всеки има свое лично пространство, което не може да бъде нарушавано без разрешение. Това е свързано с работата на пода или на масата, където никое от децата, не може да се намесва в работата на съседа си без разрешението му. Децата получават безценните навици за общуване в обществото, уменията да се договарят и да се изслушват едно друго.

Резултати

Персоналните данни от входното и изходно ниво на експеримента поради своята конфиденциалност не са експонирани в доклада. Представен е обобщен анализ на резултатите. Бяха отчетени следните стойности:

➤ В ЦНСТ „Вяра“ (при 4 - 19-годишните) от общо 14 деца/лица на входно ниво бе установено, че 6 деца сравнително добре се справят с поставените задачи. След приложената системна работа тези деца усъвършенстваха уменията си, а още 2 деца вече се справяха успешно с възложените им задачи.

➤ В ЦНСТ „Надежда“ (при 18 – 28-годишните) от общо 12 деца/лица на входно ниво 5 от тях сравнително добре се справят с поставените задачи. На изходно ниво този брой бе увеличен на 7 деца/лица.

➤ В ЦНСТ „Любов“ (при 18 – 28-годишните) от общо 12 деца/лица на входно ниво 6 от тях сравнително добре се справят с поставените задачи. На изходно ниво този брой бе увеличен само с 1.

Заклучение

✓ Методиката на Монтесори има позитивно развиващо въздействие и бърз ефект над по-малките деца, отколкото върху по-големите. Допускаме, че за да има позитивно-развиващ ефект при по-големите деца/лица е необходимо повече време за прилагане и апробиране.

✓ Чрез Методиката на Мария Монтесори много по-лесно, по-бързо, по-безпроблемно се адаптират децата/лицата към дейността. Адаптивността е по посока социални знания, умения, компетенции; личностни качества; когнитивни способности; креативни изяви; комуникативни умения; отношение към себе си и светът около детето/лицето и много други.

Както за времето си, така и в днешния XXI век откритията, които прави Мария Монтесори вдъхновяват много хора по целия свят. Не само учени – педагози, психолози, медици и т.н., но и много родители трябва да познават тези методи на



обучение, които за времето си (а и сега) са реформаторски. В днешното забързано, динамично ежедневие е добре да погледнем в миналото, където Мария Монтесори ни е завещала частица мъдрост от която да се поучим заради децата ни и бъдещето на обществото.

Библиография

- [1]. Ванева, В. (2002) История на педагогиката, Русе.
- [2]. <http://mariamontessori.com>
- [3]. <http://digital.library.upenn.edu/women/montessori/method/method.html>

Информация за авторите

доц. д-р Снежана Христова Николова **гл. ас. д-р Юлия Георгиева Дончева**



ХАРАКТЕРИСТИКА НА АРТИКУЛАЦИОННОТО ПОВЕДЕНИЕ КАТО ДИАГНОСТИЧЕН МАРКЕР ЗА ГОВОРНА ИЛИ ЕЗИКОВА ПАТОЛОГИЯ

Екатерина Тодорова

департамент „Здравеопазване и социална работа“

Нов български университет

Резюме: В статията се разглеждат различни теоретични модели за интерпретация на нарушенията във фонетиката, фонологията и артикулацията. Представени са резултати от епидемиологично проучване на разпространението на артикулационните нарушения при деца в предучилищна възраст. Резултатите показват нарушена артикулация на звукове от ранна, средна и късна онтогенеза. В случаите на нарушена артикулация на звукове от ранна онтогенеза, грешките се интерпретират като симптом на специфично езиково нарушение. В случаите на нарушена артикулация на звукове от средна и късна онтогенеза грешките имат постоянен и устойчив характер и се приемат като симптом на специфично артикулационно нарушение.

Ключови думи: артикулация, фонетика, фонология, специфични артикулационни нарушения, специфично езиково нарушение

CHARACTERISTICS OF ARTICULATION BEHAVIOR AS A DIAGNOSTIC MARKER FOR SPEECH OR LANGUAGE PATHOLOGY

Ekaterina Todorova

Healthcare and Social Work Department

New Bulgarian University

Abstract: The article discusses the interpretation and the investigation of disorders in phonetics, phonology and articulation in different theoretical models. The focus is on the results of own study of articulation disorders in preschool children. The results demonstrate impaired articulation of sounds from early, middle and late ontogenesis. In cases of abnormal articulation of early sounds the mistakes are interpreted as a symptom of specific language impairment. In cases of abnormal articulation of sounds of middle and late ontogenesis errors have constant and stable nature and they are interpreted as a symptom of specific articulation disorder.

Keywords: articulation, phonetics, phonology, specific articulation disorders, specific language impairment

Въведение

Артикулационните нарушения обхващат сериозен процент от популацията деца в предучилищна и начална училищна възраст, като традиционно се приема, че са най-разпространеното комуникативно нарушение. Често negliжирана, нарушената артикулация е в пряка връзка със социалното функциониране както на децата, така и на възрастните. Взаимодействието ѝ с личностната и професионалната реализация на индивида е неоспорима. По-пълното очертаване на разпространението и оценката на артикулационните нарушения в детска възраст са от значение за родителите, специалистите, здравната и образователната политика. Свързани са с оптимизирането на оценката, интервенциите и предлаганите услуги за тези деца (P. Enberby, C. Pickstone, 2005).

В България липсва национално епидемиологично проучване на специфичните артикулационни нарушения. Терминологичното многообразие, концептуалните противоречия и липсата на стандартизирани методи за оценка значително комплицират осъществяването ѝ.



Друг сериозен проблем в традиционната българска логопедична теория и практика е т.нар. "симптомологично" разглеждане на проблема и интерпретацията му в контекста на "соматичния модел на болестта". Според това, специализираните интервенции при нарушена артикулация са съсредоточени единствено върху конкретните говорно-фонетични симптоми (липси, замени, изопачавания на звукове) и тяхното преодоляване. Социалното взаимодействие, емоционалното, поведенческото и личностното функциониране, образователната и професионалната реализация на индивида с неправилна говорна продукция остават недооценени, особено когато се отнасят до тези "семпли" нарушения. Международните класификатори на болестите, разстройствата и функционирането включват затруднения в социалното общуване, образователните и професионалните достижения (ДСН-IV-ТР, 2009) в случаите на нарушено звукопроизношение, тъй като се смята, че те са значими за индивидуалното функциониране и са във взаимодействие с резултатността от прилаганите интервенции (ICF, 2002).

Не на последно място връзката между нарушената артикулация и езиковото функциониране е недооценена. В редица случаи диференциалната диагноза е нефункционална. Често езиковата патология (където праксисните дефицити са задължителен симптом в клиничната картина) остава „скрита“, като логопедичната интервенция се насочва към говорното, а не към лингвистичното езиково поведение. В резултат от това специализирана подкрепа е неефективна.

Изложените проблеми пречат за формулирането на значими решения в планирането на политики и практики за преодоляване на артикулационните нарушения – скрининг, диагноза и диференциална диагноза, превенция и терапия.

Настоящото изследване е опит за преодоляване на част от тези проблеми, свързани с методите за диагностика, формулирането на диференциално-диагностични симптоми, характеристиката и разпространението на нарушената артикулация.

Цел, задачи, изследователски въпроси

Целта на настоящото проучване е да представи данни за епидемиологията на специфичните артикулационни нарушения в предучилищна възраст, на основата на които да се планират различни политики за скрининг проучвания, диагностика, диференциална диагноза, терапия и превенция.

Тази основна цел може да бъде представена в няколко **задачи**:

1. Да се разработи адекватна на целта методика за оценка на артикулацията, която да изразява:
 - фонемни единици с най-висока честота на нарушена артикулация;
 - системност и устойчивост на проявите (без отчитане на езикови влияния).

Във връзка с това, стимулите да дават възможност за анализ на артикулационното поведение зависимо от

- езиковата форма;
- нивото на изява;
- позиционната разпределеност на фонемата;
- съчетаемостта на звуковете в думи със сложен фонологичен контекст.

2. Да се формира представителна извадка от изследвани лица в предучилищна възраст.

Задачите на епидемиологичното проучване са свързани с проверката на следните **изследователски въпроси**:

- Предполага се, че специфичните артикулационни нарушения ще бъдат широко разпространени в изследваната възраст.



- Предполага се, че артикулационното поведение, в установената популация лица със специфични артикулационни нарушения, ще бъде независимо от: 1) фонологичната и морфологичната структура; 2) равнището на говорната изява.
- Предполага се, че е налице взаимодействие между възрастта на изследваните лица, звуковата онтогенеза и типа специфично артикулационно нарушение.

Изследвани лица

За осъществяването на представените цел и задачи, в епидемиологичното проучване взеха участие 610 деца в предучилищна възраст, на възраст от 4;5 до 7;6 години. Подборът им е извършен на принципа на контролирана извадка, при която случаите на установени проблеми в развитието или заболявания, които детерминират интегрирано обучение в изследваната възраст, не са включени.

Изследваните лица (ИЛ) са разделени в четири възрастови групи (Таблица 1.):

Таблица 1. Възрастово разпределение на ИЛ

Възраст в год.	Възраст в мес.	Брой	%
от 4;5 до 5;0	от 53 до 60	20	3.3
от 5;0 до 6;0	от 60 до 72	183	30
от 6;0 до 7;0	от 72 до 84	246	40.3
от 7;0 до 7;6	от 84 до 90	161	26.4
<i>Общо:</i>		<i>610</i>	<i>100</i>

От тях 283 са момичета (46.39%) и 327 са момчета (53.61%). Изследването беше проведено в няколко области на България през 2012 г. Участниците в проучването посещават детска градина или предучилищна група в училище, в различни населени места от столицата и областите София-град, Пловдив и Бургас. Извадката включва 530 деца (86.9%) от голямо населено място (град) и 80 деца (13.1%) от малко населено място (село или обособен район на София-град). Изследваните деца от гр. София са 352 (57.8%), от други населени места 258 (42.2%).

Метод за изследване

За целта на настоящото проучване беше разработена авторска методика за оценка на артикулацията в предучилищна възраст.

Стимулите включват лингвистичен материал, който съдържа фонемни, които се смятат за звукове с ненормативна продукция с висока честота при артикулационни нарушения (Годорова Е., 2013). Това са звукове от *ранна* онтогенеза – веларни-преградни [к, г], *средна* онтогенеза – съскави-шушкави [с, з, ц, ш, ж, ч] и *късна* онтогенеза – сонорите [л, р]. Във връзка с фонологичните особености на българския език и спецификата на влияние на предните вокали [е, и] и глайд [й] при съчетаемост с консонанти, в стимулите са включени и палаталните фонемни [к', г', л']. Основание за включването им в стимулния материал е факта, че в клиничната практика често се регистрират диференцирани състояния на неправилна артикулация на отделните фонемни варианти – палатални и де-палатални.

Специфичните артикулационни нарушения безусловно се демонстрират с качеството – *постоянност* и *устойчивост* на грешките. Следователно артикулационното поведение не би трябвало да се влияе от фонологичния контекст (правилата за дистрибуция и съчетаемост на звуковете). Във връзка с това, методиката за оценка на артикулацията е конструирана така, че да отчита устойчивост на ненормативната продукция в различни форми на артикулационната изява.



Изследователските проби включват стимули (109 лингвистични айтема), обособени в четири категории:

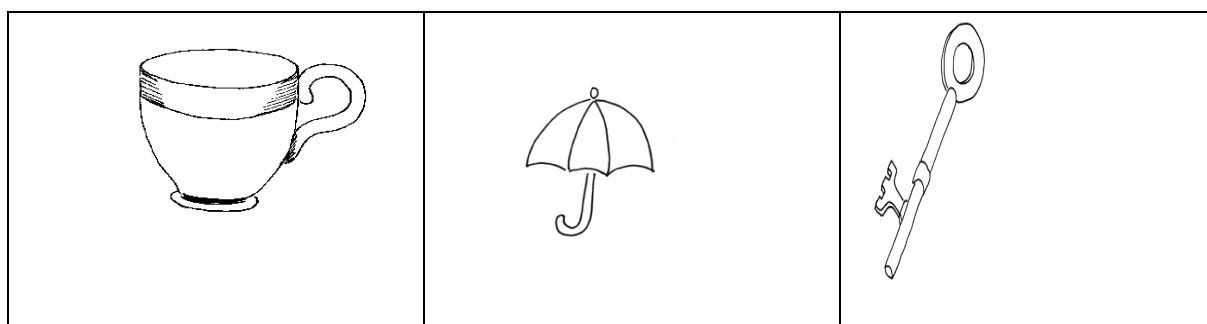
1. Артикулация на изолирани фонемни

Стимулите включват изолирана артикулация на говорни звукове от ранна, средна и късна онтогенеза в три фонемни класа – веларни-преградни [к, г], съскави-шушкови [с, з, ц, ш, ж, ч], сонорни [л, р].

2. Провокирана артикулация на словоформи (визуални стимули)

Изследователските проби включват 30 графични изображения (предметни картини) на съществителни имена, в названията на които се съдържат изследваните звукове: [к, г, с, з, ц, ш, ж, ч, л, р].

Пример: Стимули за шушков африкатив “Ч”



Стимулите са подбрани така, че всяка дума да съдържа изследвания звук и да не съдържа друг звук от същия фонемен клас (Таблица 2). По този начин се контролира фактора акустично сходство във фонемния клас и влиянието му в случай на нарушена артикулация.

Таблица 2. Стимули – провокирана артикулация на словоформи, чрез визуален стимул

Говорен звук	Словоформи
Веларен преграден беззвучен [К]	кон, къща, книга
Веларен преграден беззвучен [Г]	огън, тигър, рога
Съскав проходен беззвучен [С]	слон, стол, съдия
Съскав проходен звучен [З]	заек, знаме, знак
Съскав африкат [Ц]	цар, овца, ръкавици
Шушков проходен беззвучен [Ш]	уши, круша, кош
Шушков проходен звучен [Ж]	ножове, кожух, жена
Шушков африкат [Ч]	чаша, чадър, ключ
Сонорен [Л]	листо, балон, лъв
Сонорен [Р]	ръка, дърво, перо

3. Артикулация на думи, които изразяват дистрибутивните правила

Третата част от методиката изследва артикулация на словоформи, в които говорните звукове [к, к', г, г', с, з, ц, ш, ж, ч, л, л', р] са в различна позиция в думата (начало, средисловие, краесловие), т.е. изразяват дистрибутивните правила на езика (Таблица 3.). Артикулацията е на ниво *повторна реч*.

Таблица 3. Стимули – повторна артикулация на словоформи, в които изследваните звукове са в различна позиция

Говорен звук	Словоформи
--------------	------------



<i>Веларен преграден беззвучен [К]</i>	колело, покана, памук
<i>Веларен преграден беззвучен [К']</i>	кифла, букет, семки
<i>Веларен преграден беззвучен [Г]</i>	гума, магазин, гърне
<i>Веларен преграден беззвучен [Г']</i>	гердан, леген, гипс
<i>Съскав проходен беззвучен [С]</i>	самолет, песен, ананас
<i>Съскав проходен звучен [З]</i>	зелка, магазин, изба
<i>Съскав африкат [Ц]</i>	цирк, баница, палец
<i>Шушкав проходен беззвучен [Ш]</i>	шапка, мишка, пъпеш
<i>Шушкав проходен звучен [Ж]</i>	жаба, пижама, жираф
<i>Шушкав африкат [Ч]</i>	чехли, палячо, готвач
<i>Сонорен [Л]</i>	лодка, колан, футбол
<i>Сонорен [Л']</i>	лято, липа, лебед
<i>Сонорен [Р]</i>	риза, барабан, захар

Избраните 39 стимула проучват степента на влияние (наличие или липса) на позиционната разпределеност на фонемата върху типа нарушена артикулация.

4. Артикулация на думи, които изразяват правила за звукосъчетаемост

Стимулите включват 30 думи, в които изследваните [к, г, с, з, ц, ш, ж, ч, л, р] се намират в сричка от струпани съгласни от вида – CСV, CCCV, CCVC или изразяват струпване на съгласни на сричковата граница (Таблица 4.).

Таблица 4. Стимули от струпани съгласни за повторна артикулация на словоформи

Фонема	Стимул	Сричкова структура на думата
<i>К</i>	<i>квадрат</i>	ccv-ccvc
	<i>крокодил</i>	ccv-cv-cvc
	<i>кроасан</i>	ccv-v-cvc
<i>Г</i>	<i>глас</i>	ccvc
	<i>гребен</i>	ccv-cvc
	<i>играчка</i>	c-ccvc-cv
<i>С</i>	<i>славей</i>	ccv-cvc
	<i>стиска</i>	ccvc-cv
	<i>пръстен</i>	ccvc-cvc
<i>З</i>	<i>звезда</i>	ccvc-cv
	<i>гнездо</i>	ccvc-cv
	<i>звук</i>	ccvc
<i>Ц</i>	<i>цвете</i>	ccv-cv
	<i>цветло</i>	ccv-ccv
	<i>цветарник</i>	ccv-cvc-cvc
<i>Ш</i>	<i>шкаф</i>	ccvc
	<i>поща</i>	cv-ccv
	<i>шнола</i>	ccv-cv
<i>Ж</i>	<i>прежда</i>	ccvc-cv
	<i>надежда</i>	cv-cvc-cv
	<i>жажда</i>	cvc-cv
<i>Ч</i>	<i>пчела</i>	ccv-cv
	<i>ученичка</i>	v-cv-cvc-cv



	<i>чантичка</i>	cvc-cvc-cv
<i>Л</i>	<i>плакат</i>	ccv-cvc
	<i>фланела</i>	ccv-cv-cv
	<i>глобус</i>	ccv-cvc
<i>Р</i>	<i>трамвай</i>	ccvc-cvc
	<i>протоар</i>	ccv-cv-vc
	<i>вратар</i>	ccv-cvc

Изследването на артикулацията е на ниво *повторна реч* (повторение на думи). Стимулите изразяват правилата за съчетаемост на звуковете и формират *сложен артикулационен (праксисен) и езиков (фонологичен) контекст*. Така конструирани лингвистичните айтеми отново дават възможност за оценка на устойчивостта на грешката при нарушена артикулация и позволяват контролиране на влиянието на формалната езикова структура.

Резултати и обсъждане

Процентно разпределение на нарушената артикулация

От изследваните 610 деца на възраст от 4;5 до 7;6 години 503 деца (82%) демонстрират някакъв тип артикулационно нарушение. От тях 303 деца (60 %) са с мономорфен тип нарушение, изразяващо се в неправилна артикулация на сонорните звукове от късна онтогенеза [л] и [р]. При 200 от ИЛ (40%) е установен полиморфен тип нарушение, който засяга фонемни класове предимно от средна (съскави/ шушкави) и късна (сонорни [л, р]) онтогенеза, по-рядко от ранна (веларни-преградни [к, г]).

Високият процент на разпространение се обяснява с факта, че при изследването на артикулацията частичният билабиален ламбдацизъм в твърда позиция л[уъ] не беше пренебрегван (за разлика от други епидемиологични проучвания). От установената популация деца с мономорфен тип нарушение, 159 ИЛ (52.48 %) са деца с нарушена артикулация само на [л], т.е. с ламбдацизъм.

Получените резултати потвърждават литературните данни за висока честота на нарушена артикулация на онтогенетично късни и онтогенетично средни фонемни. Най-висок процент на ненормативна продукция се регистрира при сонорните консонанти [л] 79% и [р] 43%.

Процентното разпределение на нарушена артикулация на онтогенетично средните фрикативи е: 27% за шушкавите консонанти [ш, ж, ч]; 20% за съскавите консонанти [с, з, ц]. Получените резултати корелират със звуковата онтогенеза на българския език. Поради спецификата на артикулационната си характеристика, шушкавите консонанти [ш, ж, ч] се дефинират като звукове с по-сложен артикулационен фокус, сравнено с артикулационната същност на съскавите консонанти [с, з, ц].

Неправилна артикулация на онтогенетично ранните веларни-преградни [к, г] се регистрира едва при 1% от ИЛ за беззвучния [к] и 4% за звучния [г].

Следователно праксисната сложност на говорните звукове оказва влияние върху ненормативната продукция:

- преградните звукове са по-лесни от проходните;
- фрикативите са по-лесни от африкатите;
- съскавите консонанти са по-лесни от шушкавите;
- с най-сложен артикулационен фокус са сонорите [р] и [л].

Процентно разпределение на неправилна артикулация в отделните субтестове



Неправилната продукция на съскавите и шушкавите консонанти [с, з, ц, ш, ж, ч] е с устойчиво и постоянно поведение в различните субтестове, което я определя категорично в категорията специфично артикулационно нарушение. Подобно е и артикулационното поведение при продукцията на звуковете от късна онтогенеза [л, р].

Интересен резултат тук е установената неправилна артикулация на веларните преградни [к] и [г]. Наблюдават се разлики в процентното разпределение при представянето им в отделните субтестове (Таблица 5.).

Таблица 5. Процентно разпределение на неправилна артикулация на веларните преградни [к, г] на ниво – изолирана фонема, провокирана говорна продукция, различна позиция в думата, различен звуков контекст

Фонема	Изолирана фонема		Провокирана артикулация		Позиционна разпределеност		Струпани съгласни	
	Бр. ИЛ	%	Бр. ИЛ	%	Бр. ИЛ	%	Бр. ИЛ	%
К	7	1.1475	7	1.1475	9	1.4754	24	3.9344
Г	25	4.0984	25	4.0984	24	3.9344	27	4.4262

Резултатите от едномерен балансиран факторен анализ (ANOVA) показват, значима разлика в представянето в различните тестове при артикулация на веларния-преграден [к], при стойност на $p = 0.00052$. Нивата на фактора са отделните тестове, като значимостта се определя, от резултатите получени от Субтест 4. Думи от струпани съгласни.

Резултатът показва значимо влияние на фонологичните езикови правила за дистрибуция и съчетаемост на звуковете върху артикулацията на звук [к]. Фонемата [к] безспорно е звук от ранна онтогенеза (вж Тодорова Е., 2013) и се предполага, че в изследваната възраст (между 4;5 и 7;6 год.) праксисните умения за артикулация на веларния-преграден [к] вече са овладени. Следователно, значимото влияние на фонологичния/ звуков контекст върху артикулацията е симптом на **атипично езиково функциониране**, а не на **артикулационна дисфункция**.

Този резултат категорично доказва, че наличието на неправилна артикулация на звукове от ранна онтогенеза, в предучилищната възраст, е **симптом на специфично или неспецифично езиково нарушение** и категоризирането му като артикулационно нарушение е некоректно.

Влияние на фактора – възраст върху типа артикулационно поведение

За проверката на фактора възраст и неговото влияние върху типа артикулационно поведение (с/ без нарушение, тип на нарушението) беше използван едномерен логистичен модел. За целта децата бяха разделени в пет възрастови групи по месеци, съответно:

от 0 до 53 мес.	от 53 до 60 мес.	от 60 до 72 мес.	от 72 до 84 мес.	от 84 до 90 мес.
-----------------	------------------	------------------	------------------	------------------

В петата възрастова група (от 84 до 90 мес.) регистрираните наблюдения са много малко, като поради случайния характер на извадката (относно артикулационното поведение), всички ИЛ имат артикулационни нарушения. Тази особеност прави данните неинформативни за тази възрастова категория. Наблюдаваните тенденции ще бъдат интерпретирани във възрастта от 53 до 84 месеца.



Влиянието на фактора възраст е разгледано в различните възрастови групи съобразно три категории:

- деца без нарушения;
- деца с *мономорфен тип* артикулационно нарушение;
- деца с *полиморфен тип* артикулационно нарушение.

Получените резултати категорично разграничават двата типа нарушение съобразно възрастта при стойност на $p = 0.000$ и децата със и без нарушения, зависимо от възрастта при стойност на $p = 0.006$.

Получените резултати дефинират три значими тенденции:

1. С възрастта броя на децата без нарушения нараства, или с други думи броя на артикулационните нарушения намалява.
2. Нарастването на броя деца без нарушения компенсира броя на децата с полиморфен тип нарушение, т.е. с възрастта полиморфните нарушения намаляват.
3. Броят на децата с мономорфен тип нарушение остава константен в изследваната възрастова популация.

Полученият резултат за възрастова динамика на нарушената артикулация е очакван и показва достоверността както на получените данни, така и на използваната методика за оценка. Популационната специфика в изследваната възраст предполага различни етапи от звуковата онтогенеза, или с други думи, наличие на процеси на овладяване на праксисни умения за артикулация. В традициите на логопедичната практика в България се смята, че артикулационно-фонологичното развитие започва с началото на вербалния период (ок. 1;6 – 1;8 мес.) и приключва между 6;0 и 6;6 годишна възраст (вж Глава 3.). Следователно, популационната извадка отразява етапи от развитието на двигателните умения за артикулация и съответната им онтогенетична последователност, както в норма така и в патология (в случай на нарушение). С възрастта децата с нарушения подобряват говорните си умения и съответно ненормативната артикулация намалява.

Намаляването на броя деца с нарушения взаимодейства с намаляването на броя на децата с полиморфен тип артикулационна дисфункция. Полиморфният тип нарушение се характеризира с неправилна продукция на звукове от две и повече фонемни групи. В популационната извадка това са деца, при които преобладава неправилна артикулация на съскавите [с, з, ц] и шушкавите [ш, ж, ч] консонанти, както и на сонорните звукове [л, р]. Значително по-рядко типа нарушение се демонстрира и с неправилна продукция на веларните-преградни [к, г]. Намаляването на броя деца с полиморфно нарушение, в извадката, е за сметка на овладяването на нормативна артикулация на звуковете от ранна и средна онтогенеза: веларни-преградни, съскави/ шушкави. Резултат, който отново корелира със звуковата онтогенеза.

Едновременно с това резултатите показват, че броя на децата с мономорфен тип нарушение остава константен. Мономорфният тип нарушение се характеризира с неправилна артикулация на звукове от един фонемен клас (вж Глава 3.). В извадката това са деца с неправилна артикулация на сонорен звук [л] (частичен или пълен ламбдацизъм); на сонорен вибрантен [р] (ротацизъм); ненормативна продукция и на двата звука (ламбдацизъм + ротацизъм). С други думи, децата с мономорфно нарушение демонстрират неправилна артикулация на онтогенетично късните звукове. В този смисъл не е изненада, че децата с артикулационна дисфункция демонстрират постоянност в неправилната артикулация на [л] и [р] в изследваната възрастова популация. За възрастовите подгрупи – от 53 до 60 мес./ от 60 до 72 мес. се приема, че този тип ненормативна продукция е вариант на статистическа норма, съобразно етапите



на развитие в нормалната звукова онтогенеза. Константността на получения резултат доказва, че установената неправилна артикулация на [л] и [р] в последната възрастова група (от 84 до 90 мес.), действително отразява наличието на артикулационно нарушение, т.е. липсва развитие на двигателни умения за продукция на фонемите с най-сложен артикулационен фокус в българския език.

Интерпретацията на установените тенденции на развитие на артикулационното поведение зависимо от възрастта имат своето конкретно приложение за **клиничната практика**. Дори в случаите на ненормативна говорна продукция от типа – артикулационно нарушение, децата *демонстрират овладяване на праксисни умения, съответни на звуковата онтогенеза* в статистическа норма. С възрастта се подобрява умението за продукция на звукове от ранна и средна онтогенеза, докато затруднената продукция на звукове от късна онтогенеза е с постоянен характер. Ето защо, в процеса на логопедично въздействие при *полиморфен тип нарушение* е необходимо интервенциите да започнат от онзи фонемен клас, който е характерен за *най-ранния етап от развитието* (в конкретния случай на нарушена артикулация), като постепенно се следва онтогенетичната последователност. Един от честите проблеми в клиничната практика е категоричната заявка на родителите за постановка на звук [р] при деца с полиморфна дисфункция. Причината за това е, че "непрофесионалното ухо" регистрира неправилната продукция единствено на вибраторния звук, докато останалите говорни нарушения остават незабелязани. Познаването на звуковата онтогенеза и тенденциите за развитие на двигателни умения за артикулация позволяват на специалиста да защити последователността на специализираната си интервенция и нейната ефективност.

Получените резултати за възрастова динамика на артикулационното поведение в предучилищна възраст имат и своя значим **диагностичен аспект**. Знаейки възрастта на детето: от 53 до 60 мес./ от 60 до 72 мес./ от 72 до 84 мес. можем да *прогнозираме точната вероятност* в коя група то би попаднало: (1) деца без нарушения; (2) деца с *мономорфен тип* нарушение; (3) деца с *полиморфен тип* нарушение. Това би облекчило прилаганите диагностични процедури. Във възрастта от 4;6 г. до 6;0 г. вероятността нарушената артикулация да бъде с полиморфен характер е значително по-голяма, отколкото след 6;0 годишна възраст. При децата на 6;0 г. и нагоре е по-вероятно да очакваме мономорфен тип дисфункция, при това главно на звукове от късна онтогенеза [л] и [р]. Вероятността деца на възраст между 6;0 и 7;0 години да демонстрират артикулационно нарушение е значимо по-малка от вероятността да прогнозираме артикулационна дисфункция в останалите възрастови категории (от 4;6 до 5;0/ от 5;0 до 6;0).

Заклучение

Представеното проучване беше концентрирано върху артикулационното поведение в предучилищна възраст и по-специално върху разпространението на ненормативната изява и нейната характеристика. Получените резултати демонстрираха широко разпространение на специфичните нарушения във фонетиката и артикулацията при деца, носители на българския език, като регистрираните данни показаха разпространение от 82% при изследваната популация. Установеният висок процент на нарушена артикулация се дължи на: (1) отчитане на ненормативната продукция на сонорен консонант [л] в твърда позиция (частичен билабиален ламбдацизъм); (2) използване на метод за оценка, реализиран от специалисти "лице в лице" с изследваните лица, а не чрез събиране на данни от родителски и/или учителски въпросници.

Установените абнормности в артикулацията верифицират данни от специализираната литература, че специфичните нарушения засягат фонемите от късна и



средна онтогенеза, съответно 79% за сонорен звук [л], 43% за сонорен звук [р]; 27% за шушкавите консонанти [ш, ж, ч] и 20% за съскавите консонанти [с, з, ц]. Също така се установява по-висок процент на разпространение на мономорфния тип нарушение 60%, сравнено с полиморфния тип – 40%.

Конкретните анализи и обобщения на получените резултати не само потвърждават установени тенденции и закономерности в областта на артикулационните нарушения, но и разкриват някои специфики и особености на артикулационното поведение в изследваната популация.

Получените резултати позволяват интерпретация, свързана със звуковата онтогенеза в статистическа норма. С най-нисък процент на разпространение са звукове от ранна онтогенеза [к, г] (ок. 1%); със средна стойност са звукове от средна онтогенеза, където се наблюдава по-висока стойност на разпределение при шушкавите, сравнено със съскавите; с най-висок процент на разпределение са онтогенетично късните [р] и [л]. Следователно, праксисната (двигателната) сложност на говорните звукове оказва влияние както върху звуковата онтогенеза, така и върху ненормативната продукция.

Анализът на получените резултати недвусмислено показва, че регистрираната неправилна артикулация на онтогенетично ранните веларни-преградни [к] и [г] взаимодейства с атипично езиково функциониране и не е проява на артикулационна дисфункция. Лингвистичното поведение при неправилна употреба на звуковете [к] и [г] е строго детерминирано от правилата за дистрибуция (позиционна разпределеност) и съчетаемост на звуковете, които от своя страна изграждат фонологичната система на всяка формална езикова структура. Следователно, установяването на неправилна артикулация на веларните-преградни [к, г] е симптом на езиково нарушение и не бива да се свързва с категорията специфични говорни нарушения.

Връзката между възрастта на изследваните лица и артикулационното поведение е ясно изразена в получените резултати. С възрастта броя на децата без нарушения нараства, следователно броя на артикулационните нарушения намалява. Децата с нарушения подобряват говорните си умения в процеса на израстване. Нарастването на броя деца без нарушения компенсира броя на децата с полиморфен тип нарушение, т.е. с възрастта полиморфните нарушения намаляват. Намаляването на броя на децата с полиморфна дисфункция е за сметка на овладяването на нормативна артикулация на звуковете от средна онтогенеза (съскави/ шушкави). Броят на децата с мономорфен тип нарушение остава константен в изследваната възрастова популация. Установената устойчива неправилна артикулация на [л] и [р] изразява: (1) вариант на статистическа норма за възрастовите подгрупи от 4;0 до 6;0 год.възраст; (2) специфично артикулационно нарушение между 6;0 и 7;0 год. възраст.

Библиография

- [1]. **Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства**, четвърто издание, текстова редакция (2009, ДСН-IV-TR). Американско издание: Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, Българско издание: Българска психиатрична асоциация, Изд. Изток-Запад.
- [2]. **Тодорова Е. (2013)**. Специфични артикулационни нарушения през детството. С., Изд. На НБУ.
- [3]. **Enberby P., C. Pickstone (2005)**. How many people have communication disorders and why does it matter? *Advances of Speech Language Pathology*, 2005, 7 (1): 8-13.
- [4]. **International Classification of Functioning, Disability and Health**(2002, ICF). World Health Organization, Geneva, 2002, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.



Информация за автора:

д-р Екатерина Тодорова - доцент в Нов български университет. От 1995 г. е магистър по логопедия, от 2005 г. е доктор по психология. Работила е много години като логопед в Логопедичен център – София, а понастоящем е преподавател в бакалавърски и магистърски програми в Нов български университет. Автор е на студии и статии, публикувани в наши и международни научни издания. Автор е на монографиите „Диагностика на езиков дефицит при дислексия“ (2005), „Специфични артикулационни нарушения през детството“ (2013) и на учебниците „Дислексия. Специфични нарушения на способността за учене“ (2007, 2008), „Артикулационни нарушения. Ръководство за терапия“ (2009, 2014).

Емайл: _____



СЪСТОЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛНАТА МОТОРНА АСИМЕТРИЯ ПРИ ДЕЦА ОТ ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Нели Василева

ФНПП, катедра „Специална педагогика и логопедия”
СУ „Св. Кл. Охридски”

Резюме: Материалът е посветен на слабо разработен въпрос в рамките на детската невропсихология, свързан с изследване на функционалната мануална моторна асиметрия при деца от предучилищна възраст (4 – 6 години). Прави се анализ на влиянието на три независими фактора върху мануалната латерализация – възраст, населено място и пол. Очертава се по-добре развита хемисферна асиметрия при децата от големите населени места, както и тенденция на увеличаване на случаите на амбидекстрия и леворъчие при децата от малките градове. Не се наблюдава значимо влияние на фактора „пол” върху формиране на мануалната моторна асиметрия.

Ключови думи: функционална моторна асиметрия, предучилищна възраст, латерализация, ръкост, десноръкост, леворъкост, амбидекстрия.

THE STATE OF FUNCTIONAL MOTOR ASYMMETRY IN CHILDREN IN PRE-SCHOOL AGE

Neli Vasileva

Department of Special pedagogy and logopedy
Sofia University “St. Kliment Ohridski”

Abstract. The article is devoted to a very little investigated matter in the frameworks of the children's neuropsychology, connected with the study of the functional manual motor asymmetry in children in pre-school age (4 – 6). Similar analysis is applied to the influence of the three independent factors – age, settlement and gender – upon the hand lateralization. A better formation of the hemispheric asymmetry among the children from the bigger settlements is evident, likewise a tendency for growth of the cases of lefthanders and ambidexters among children from smaller settlements is observed. The influence of the gender factor is insignificant for the formation of the manual motor asymmetry.

Key words: functional manual motor asymmetry, pre-school age, lateralization, handedness, right handedness, left handedness, ambidexters.

Въведение

Терминът ръкост (мануална доминантност) се използва за отбелязване на асиметрия в мануалните умения и предпочитание да се използва едната ръка при различни мануални задачи и фини мануални активности (Medland et al., 2009). Като вид моторна асиметрия, ръкостта е една от проявите на хемисферната латерализация на мозъчните функции, а тенденциите в нея са явни още в края на първия триместър от утробното развитие. Съществуват данни за първи прояви на ръкост при детето около 10-та седмица от утробното развитие, когато се регистрират единични движения с ръка. Наблюдения на по-късен етап дават аналогични резултати: около 75% от фетусите правят движения с дясна ръка, около 12% с лява ръка и около 13% използват и двете ръце.

Някои автори отбелязват, че още в дородовия период у плода съществува моторно предпочитание (Previc, 1991; Scola, Vauclair, 2010). Така произхода на церебралната латерализация при хората се определя от асиметричното пренатално развитие на ухото и лабиринта. Според Previc (1991), липсата на развитие на вестибуларна асиметрия може да стои в основата на слабата моторна латерализация, наблюдавана при различни невроразвитийни нарушения. Интересни коментари се



срещат и относно корелацията между ръкостта на майката и детето (Scola & Vauclair, 2010). Съществуват данни, че преобладаваща част от майките (около 65%) предпочитат да държат децата си с лявата ръка. В същото време, резултатите показват слаб ефект на страната на държане върху унимануалната латерализация (ръкостта), въпреки че повечето деца, държани отдясно, клонят към леворъчие, а държаните отляво - към десноръчие.

Според Айрапетянц (1985), около 50% от децата, които се раждат с ниско тегло (под 1 кг) са леворъчки. Отбелязва се снижение на честотата на леворъчието с възрастта: на 7-8 години 13,3% от момчетата и 10% от момичетата са леворъчки; на 14-15 години леворъчки са 4,4% от момчетата и 4,1% от момичета; на 16-17 години леворъчието се среща при 3,5% от момчетата и 3,3% от момичета.

Българските автори Stoyanov, Nikolova & Stavrev (2013) подлагат на анализ генетичните теории на Annett и McManus, обясняващи произхода на ръкостта. С интервал от 15 години, авторите изследват разпределението на ръкостта в България и докладват за 6,5% леворъчки и 11,5% недесноръчки, които данни са близки до тези на някои европейски държави (Гърция, Италия, Испания и др.). Изтъква се съществуване на етнически, расови и географски разлики в ръкостта, което от своя страна доказва връзката на генетичните механизми и факторите на средата.

През последните години темата за функционалната асиметрия намира особено място в рамките на традиционната невропсихология и невропсихологията на индивидуалните различия (Зверева и съавт., 2003), но най-активно тя се изучава в детската невропсихология. Част от изследванията характеризират профилите на латерална организация в работата на мозъка при различни детски популации – деца с трудности в ученето и отлични ученици (Микадзе, Корсакова, 1994). Други разработки касаят някои възрастови специфики във формиране на функционалната асиметрия, в частност особености на невропсихологичния статус при леворъчки деца (Семенович, 2008).

Интересни данни привеждат Каримулина и Зверева (2003), които изследват три групи ученици на възраст от 6 до 12 години (с нормални показатели за учене, с дефицити в ученето и с различни психиатрични отклонения) по показатели за зрителна, слухова и мануална асиметрия. Данните сочат преобладаване на десноръките и амбидекстрите с дяснохемисферни признаци сред групата на успешните ученици и ниски училищни постижения в групата с изразени левостранни перцептивни признаци. Влошаването на академичните резултати се свързва не толкова със сумарното натрупване на леви признаци, колкото с несъответствие на доминантността в различните модалности (например, водещо ляво око и водеща дясна ръка). Прави се извод за наличие на връзка между училищните постижения на детето и профила на латерална организация.

Корашвили (2009) изследва връзката между зрителното възприятие и овладяването на графичната дейност при деца от предучилищна и начална училищна възраст. Според нея, типът латералност оказва влияние върху темповете на развитие на различни компоненти от зрителния гнозис, усвояването на пространствените отношения и графичната дейност. Ниско ниво на развитие на зрително-моторните координации се регистрира при всички типове латералност, като честотата му е най-голяма при леворъчие и амбидекстрия. Трудностите с отделяне на фигури-фоновите отношения при децата от предучилищна възраст рядко се наблюдават при десноръчки, по-често са при леворъчки и винаги са налице при амбидекстрия. Типът латералност влияе и върху усвояване на пространствените отношения (метрични и топологични), а един от симптомите за техните нарушения са грешки при изпълнение на графичните задачи – реверсии на формата, нарушен ред на елементите. Те също се наблюдават



по-често при леворъчие и амбидекстрия, и рядко при десноръчие. Аналогично е положението и с графичните грешки, които в случаи на амбидекстрия се наблюдават както в предучилищна, так и в училищна възраст.

Резултатите от изследвания на други автори (Безруких, Донецко, 2009) оспорват тезата за по-ниски учебни и когнитивни показатели при леворъки деца. Според тях, влияние върху когнитивните функции оказва не ръкостта, а действието на ранни неблагоприятни фактори. В случаи, в които липсват данни за такива, ръкостта не следва да се разглежда като причина за неблагоприятното невропсихично развитие на детето. Получените от нас данни също не потвърждават тезата за връзка между лошото изпълнение на пробите и случаите на леворъчие. Както ще бъде показано по-нататък в анализа, именно при децата с ляв латерален профил е налице по-голямо разнообразие от корелационни зависимости между функциите, доказателство за по-добро развитие на връзките между тях.

Семенович (2010) разработва специално въпроса за леворъчието и отбелязва, че церебралната репрезентация на психичните функции у леворъките променя кардинално характера си. При тях не се наблюдават отличителните признаци за хемисферна обезпеченост на речевите и неречевите процеси, а мозъчната организация на психичната дейност придобива по-симетричен, амбилатерален и дифузен характер. За разлика от десноръките, те представляват хетерогенна и нископрогнозируема група. От гледна точка на междухемисферната функционална организация, десноръките са относително „повтарящи се” от случай към случай, докато леворъките притежават това свойство в много по-малка степен. Случаи на леворъчие е налице двустранно представяне на една и съща функция, което се запазва от детска до зряла възраст и е една от базовите предпоставки за високия компенсаторен потенциал. При десноръки такава се наблюдава само до 2-3 годишна възраст.

Авторката подчертава и уникалния характер на взаимодействие между подкоровите и корови мозъчни системи в случаи на леворъчие. Като правило, при десноръки те функционират в последователен асинхронен режим (реципрочно) – по-голямата активност на подкорието намалява активността на кората (предимно на челните отдели) и обратно. При леворъки много често може да се наблюдава картина на едновременно синхронно включване на подкорови и корови структури при реализиране на определена психична дейност. Формулира се извода за особена система на мозъчната организация на психичните процеси, опираща се върху следните базисни параметри: 1. функционална амбилатералност, дифузност и относителна автономия на хемисферите; 2. недостатъчна диференцираност на подкорово-коровите отношения.

Цел на изследването. Да се провери състоянието на двигателните функции и функционалната мануална асиметрия при деца с нормално развитие от предучилищна възраст (4-6 години) и влиянието върху латералните профили – десен, ляв и смесен на факторите „възраст”, „пол” и „населено място”.

Метод и процедура. Изследването на латерализацията за ръкост (моторна мануална латерализация) се проведе с използване на 10 проби, в рамките на които детето имитира: подреждане на кубчета, ядене с лъжица, разбъркване на захар в чай, миене на зъби, сресване, рисуване, изрязване с ножица, хвърляне на топка, отваряне на врата, забиване на пирон. За определяне на коефициента на латерално предпочитание (ръкост) от всички случаи на използване на дясна ръка от детето се изваждат тези, в които детето използва лява ръка. Приема се, че при стойности от +10 до +6 се касае за десноръчие (десен профил), от +4 до -4 – за амбидекстрия (смесен профил) и от -6 до -10 – за леворъчие (ляв профил).

В изследването взеха участие 365 деца от три възрастови групи: 4-годишни (116 деца), 5-годишни (128 деца), 6-годишни (121 деца). Подборът на участниците стана на



случаен принцип, като условието бе децата да нямат данни на нарушения в развитието. С цел максимална представителност на изследването, във всяка от възрастовите групи бяха включени деца от различни по демографски характеристики населени места: столица, голям град и малък град.

Резултати. Изучаването на латерализацията показва интересна тенденция за влиянието на възрастовите и демографски фактори при формиране на междухемисферната асиметрия (таблица 1). Прави впечатление, че при 4-годишните деца от столица и голям град преобладават десните профили (80%), докато при тези от малък град преобладават случаите на амбидекстрия (56%). Последното говори за закъснели процеси на междухемисферна специализация при децата от малките населени места. По-малкият брой на популацията с дяснолатерални признаци сред децата от малкия град, в сравнение с големите населени места, се запазва и през следващите възрасти. Следователно, най-нестабилна тенденция при формиране на хемисферната асиметрия показват детските популации от малките населени места. Като цяло, разпределението на ръкостта по демографски признак показва, че случаите на десноръчие намаляват по посока от столицата към голям град и малък град. В същата посока се увеличават случаите на леворъчие и амбидекстрия.

Близки до нашите резултати докладва Поляков (2003). Той провежда скринингово невропсихологично изследване на повече от 1900 деца на възраст 5-11 години от градски и селски региони. Изучават се процесите на латерализация, зрителната и вербална памет. Авторът отбелязва, че броят на децата с незавършена хемисферна латерализация (амбидекстрия) е два пъти по-голям в селската извадка, в сравнение с градската. В нашето изследване съотношението на усреднените данни за амбидекстрия при децата по посока от столица към голям и малък град, е съответно 8% - 11% - 26%, което също говори за по-добра сформированост на хемисферната асиметрия сред децата от големите населени места. Интересно е, че случаите на леворъчие също показват тенденция на нарастване по посока от столица към малък град, съответно: 5% - 10% - 16%.

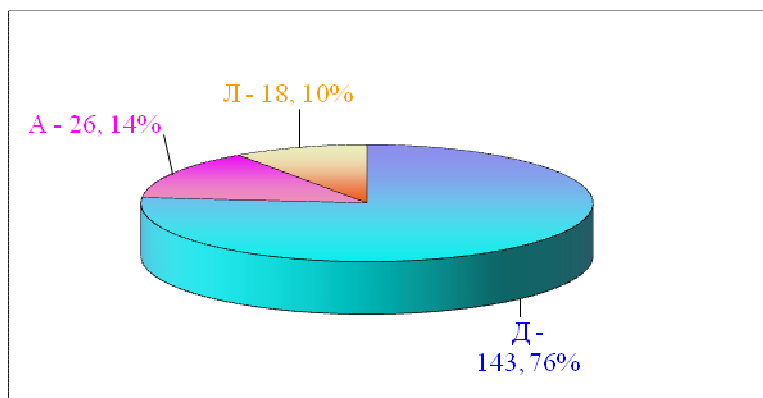
Обобщени данни за разпределение на ръкостта по факторите „пол“, „възраст“ и „населено място“ са представени на фигури 1 – 7.

Таблица 1.

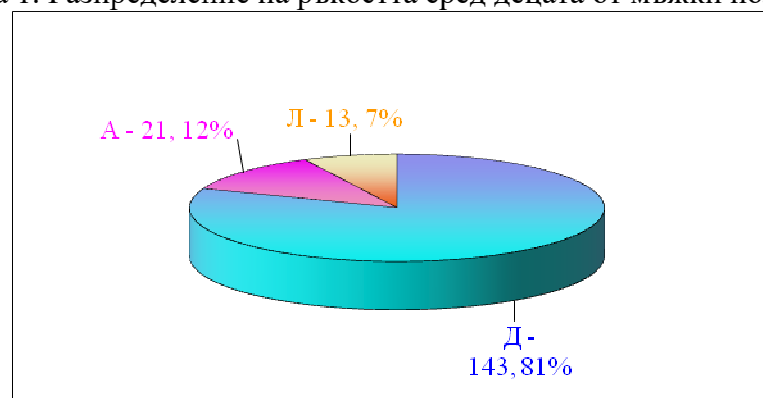
Разпределение на профилите за мануална моторна асиметрия при децата от всички възрасти и населени места

Възраст и латералност	Населено място		
	Столица	Голям град	Малък град
4 години			
десноръчие	80%	80%	32%
амбидекстрия	13%	10%	56%
леворъчие	7%	10%	12%
5 години			
десноръчие	93%	87%	72%
амбидекстрия	3%	10%	14%
леворъчие	4%	3%	14%
6 години			
десноръчие	89%	70%	65%
амбидекстрия	8%	13%	12%
леворъчие	3%	17%	23%



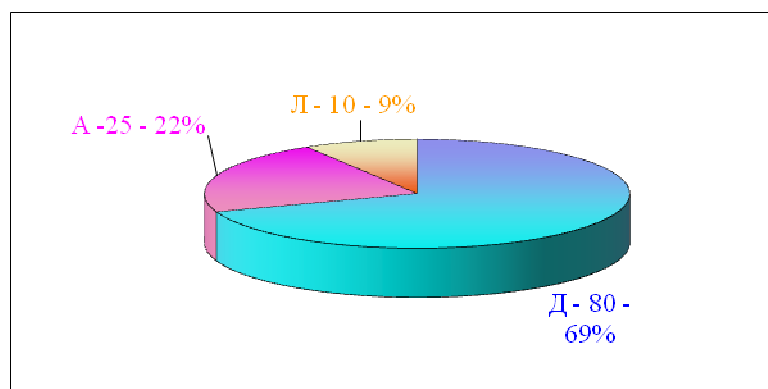


Фигура 1. Разпределение на ръкостта сред децата от мъжки пол



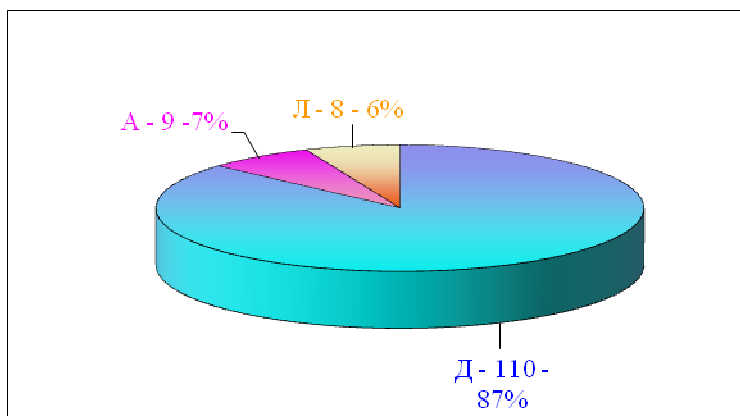
Фигура 2. Разпределение на ръкостта сред децата от женски пол

С помощта на Т-критерия на Плохинский за сравнение на процентни величини бяха съпоставени резултатите за ръкост на всеки две от групите, разделени по полов, възрастов и демографски принцип. Не се установи влияние на пола върху ръкостта, тъй като между момчетата и момичетата няма наличие на достоверни разлики ($p \geq 0,05$).

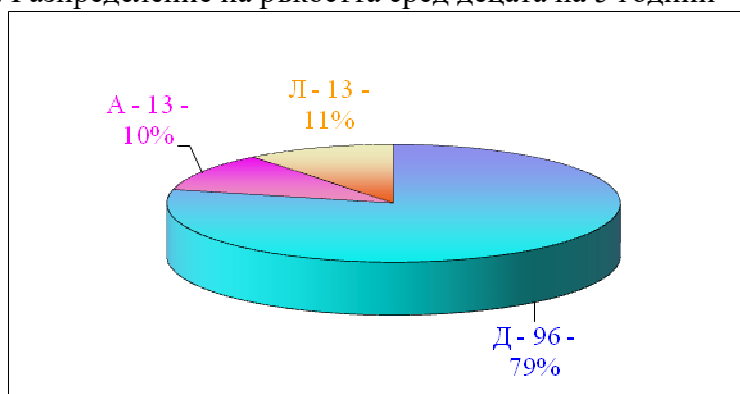


Фигура 3. Разпределение на ръкостта сред децата на 4 години





Фигура 4. Разпределение на ръкостта сред децата на 5 години

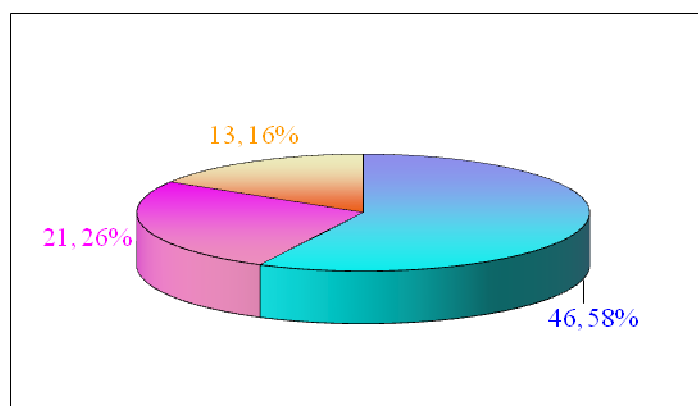


Фигура 5. Разпределение на ръкостта сред децата на 6 години

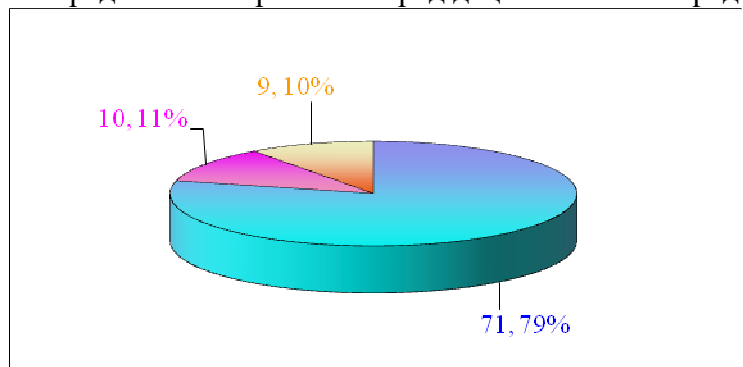
Влиянието на фактора „възраст“ показва интересни тенденции. Между децата на 4 и 5 години е налице достоверност на различията ($t = 3,23$, $p \leq 0,01$) по отношение на дяснолатерални признаци, като същите преобладават при 5-годишните. По отношение на присъствието на лявохемисферни признаци, достоверност на различията не се наблюдава ($p \geq 0,05$). Такава е налице обаче що се отнася до случаите на недоразвита латерализация (амбидекстрия), преобладаваща при по-малките деца ($t = 3,26$, $p \leq 0,01$). Следователно, най-изразените различия между децата на 4 и 5 години минават по линията на натрупване на дяснолатерални признаци при 5-годишните и максимално представителство на амбидекстрията сред 4-годишните.

Между децата на 4 и 6 години достоверни различия се регистрират единствено по отношение на случаите на амбидекстрия ($t = 2,3$, $p \leq 0,05$). Аналогична е картината и при сравнение на децата на 5 и 6 години, при които достоверни различия се установяват отново по отношение на амбидекстрията ($t = 1,99$, $p \leq 0,05$), по-често срещана сред 5-годишните. Като цяло, различията в ръкостта между всеки две съседни възрасти минават по линията на изразено представителство на амбидекстрията сред децата от по-ранна възраст. Това от своя страна означава, че по-ранната възраст е свързана с по-слаба динамика на формиране на междухемисферната асиметрия.

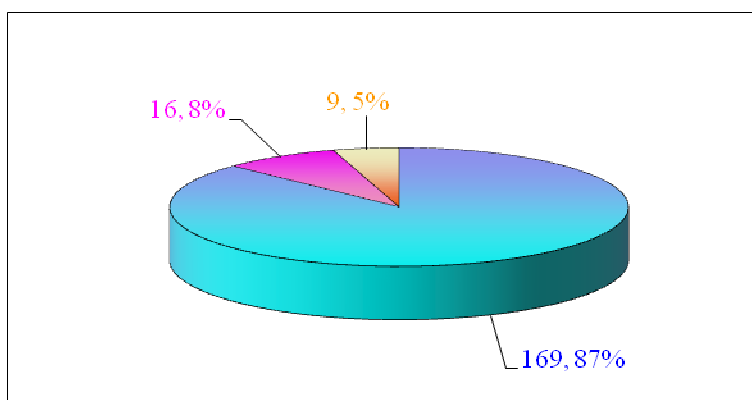




Фигура 5. Разпределение на ръкостта сред децата от малък град



Фигура 6. Разпределение на ръкостта сред децата от голям град



Фигура 7. Разпределение на ръкостта сред децата от столицата

Т-критерият на Плохинский показва интересни резултати при сравнение на разпределението на ръкостта и по демографски признак. Между децата от малък и голям град са налице достоверни разлики ($p \leq 0,01$, при $t = 3,03$), свързани с по-изразено натрупване на дяснолатерални признаци в големия град. По отношение на ляволатерални признаци достоверност на различията не се наблюдава ($p \geq 0,05$), докато такава е налице във връзка със случаите на амбидекстрия, по-често срещани при децата от малкия град ($p \leq 0,05$, при $t = 2,54$).

Сравнението на резултатите между децата от малък град и столица показва също наличие на достоверни разлики по линия на изразено натрупване на дяснолатерални признаци в столицата ($p \leq 0,001$, $t = 4,80$). Достоверни разлики се наблюдават и по отношение на по-изразените признаци за леворъчие при децата от малкия град ($p \leq 0,01$, при $t = 2,63$), както и по линия на случаите на амбидекстрия, преобладаващи отново сред същите деца ($p \leq 0,001$, $t = 4,06$).

При сравнение на резултатите за ръкост между децата от голям град и столица



не се наблюдават достоверни различия по отношение на дяснохемисферните признаци ($p \geq 0,05$). Достоверни различия липсват и при сравнение на случаите на леворъчие и тези на амбидекстрия ($p \geq 0,05$). Налага се извода за прогресивно увеличаване на дяснолатералните признаци по посока от малък град към голям град и столица и обратно – увеличаване на ляволатералните признаци и амбидекстрията по посока към малките населени места. Може да се каже, че в периода 4 – 6 години детската популация от големите населени места се отличава с по-голяма сформированост на междухемисферната асиметрия и изразена динамика на процесите на латерализация. Следователно, във всяка популация се установява свой специфичен темп на формиране на процесите на латерализация.

Резултатите, получени от Поляков, също показват широко разпространение на амбидекстрията в градската и селската извадки, при удивително стабилен процент на леворъчие. Той подчертава, че най-забележимите различия между градските и селските деца минават по линията на натрупване на дяснолатерални признаци в градската и максимално представителство на амбидекстрията в селската популация. Според автора, децата от селските региони се отличават с относително слабо развитие на процесите на латерализация, по-слаба динамика във формиране на междухемисферната асиметрия и доминиране на зрителната памет. Обратно, градската популация се отличава с по-голяма сформированост на междухемисферните отношения, изразена динамика на процесите на латерализация и относително високо ниво на развитие на вербалната памет.

Заклучение. Получените в изследването резултати позволяват формулиране на следните изводи:

- Функционалната моторна асиметрия се характеризира с постепенно увеличаване на дяснолатералните признаци от 4 към 6-годишна възраст и по посока от малките към големите населени места. При децата на 4 години от малките населени места случаите на амбидекстрия и леворъчие са значително повече от тези в големите градове, като амбидекстрията преобладава над десноръчието. Тенденция на увеличаване по посока от столица към малък град се наблюдава и при случаите на леворъчие;

- Аналогична тенденция се запазва и при децата на 5 и 6 години. Най-малко са случаите на амбидекстрия и леворъчие в столицата, където преобладават децата с десни профили. Налице е постепенно повишаване на случаите на амбидекстрия и леворъчие по посока от столица към малък град. Очерталата се тенденция показва, че на 5- и 6-годишна възраст десноръчието преобладава при децата от големите градове, докато амбидекстрията е значително изразена при децата от малките населени места;

- Възрастовият и демографският фактори оказват влияние върху развитието и динамиката на функционалната моторна асиметрия и натрупването на дяснолатерални признаци в периода на предучилищната възраст;

- Децата от големите населени места се отличават с по-бързи темпове на хемисферна специализация за мануалните моторни функции.

Литература:

- [1]. Айрапетянц, В. А. (1985). Функциональная организация мозга леворуких детей. Леворукость, антропометрия и латеральная адаптация. М.
- [2]. Безруких, М. М., Доценко, О. В. (2009). Особенности развития познавательных функций леворуких и праворуких девочек 6-7 лет. *Новые исследования*, 8: 5 – 13.
- [3]. Доброхотова, Т. А., Брагина, Н. Н. (1994). Левши. М.
- [4]. Зверева, Н. В., Каримулина, Е. Г., Судаков, С. А. (2003). Функциональная асимметрия в разных модальностях у здоровых и „проблемных” детей. *Вестник Московского университета*, 1: 29 – 35.



- [5]. Каримулина, Е. Г., Зверева, Н. В. (2003). Перцептивная асимметрия у нормальных и „проблемных” детей. *Доклады второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Лурия* (под ред. Ахутиной, Глозман), М., Смысл: 355 – 358.
- [6]. Корашвили, Н. Ш. (2009). Влияние особенностей зрительного восприятия на овладения графической деятельностью детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста. *Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук*. М.
- [7]. Поляков, В. М. (2003). Нейропсихология в скрининговых исследованиях детских популяций (нейропсихологические исследования). *Доклады второй международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А. Р. Лурия* (ред. Ахутиной, Глозман). М., Смысл: 135 – 143.
- [8]. Medland, S. E., Duffy, D. L., Wright, M. J. et al. (2009). Genetic influences on handedness: Data from 25,732 Australian and Dutch twin families. *Neuropsychologia*, 47(2): 330 – 337.
- [9]. Previc, F. H. (1991). General theory concerning the prenatal origins of cerebral lateralization in humans. *Psychological Review*. 98: 299 – 334.
- [10]. Scola, S., Vauclair, J. (2010). Is infant holding-side bias related to motor asymmetries in mother and child? *Developmental Psychobiology*. 52 (5): 475 – 486.
- [11]. Stoyanov, Z., Nikolova, P., Stavrev, D., (2013) Handedness proportions in Bulgaria: Evidence supporting the genetic models of Annett and McManus. *Асимметрия*, 7 (4): 4 – 11.

Информация за автора:

Доц. д-р Нели Василева - преподавател към катедра Специална педагогика и логопедия на Софийски университет. Води лекционни курсове в бакалвърска програма по Логопедия и в магистърски програми по Логопедия, Комуникативни нарушения на развитието и Специална педагогика. Научни интереси: в областта на детска невропсихология, афазиология, дислексия, нарушения от аутистичния спектър.



МОБИЛНИ И ИНТЕРНЕТ ПРИЛОЖЕНИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯ НА СПОСОБНОСТТА ЗА УЧЕНЕ

Дора Левтерова

Катедра „Педагогика и управление на образованието“
ПУ „Паисий Хилендарски“

Резюме: В статията се предлага анализ на възможности, основни характеристики и изисквания за мобилни и интернет приложения за употреба в образователни и терапевтични практики за ученици с нарушения на способността за учене.

Ключови думи: мобилни и интернет приложения, нарушения на способността за учене.

MOBILE AND INTERNET APPLICATIONS FOR VIOLATIONS OF ABILITY TO LEARNING

Dora Levterova

Department of "Pedagogy and Education Management "
Plovdiv University "Paisii Hilendarski"

Abstract: The article submit an analysis of the options, the main features and requirements of the mobile and internet applications for use in educational and therapeutic practices for the students with learning disability.

Key words: mobile and internet Apps, learning disabilities.

Въведение

Образователното и социалното включване на учениците с нарушения на способността за учене /НСУ/ поставя изисквания за модернизация към педагогическите стратегии, методи и технологии. Към тези изисквания се отнася проектирането, създаването и апликацията на асистиращи технологии от среден и висш клас. Проблематиката е особено актуална предвид концептуалната идея на МОН за обезпечаване на образователния процес на всеки ученик с таблет, но от друга страна и към настоящия момент почти всеки ученик разполага с мобилен телефон. В този план Е-обучението и М-обучението са връзката между формалното и неформалното обучение. „Е-обучението, най-общо, може да се определи като съдържание, създадено за достъп до електронните съобщения, като например интернет, интранет, многоцелеви цифрови дискове, и синхронни и асинхронни модули. М-обучение носи идеята за електронно обучение с една крачка напред, като адаптира неговото съдържание към мобилни устройства като айпод (цифров аудио и съхранение на устройства), персонални цифрови помощници, и смартфони. Основната цел на М-обучението е да предостави на учащите се възможности да учи навсякъде и по всяко време“[3].

Дискусия

Мобилните и интернет приложенията /МИП/, свързани с учебния и с терапевтичния процес могат да се структурират в три основни позиции: образователни, социални и развлекателни, като всяка позиция може да се прилага в различни възрастови групи и при различни проявления на НСУ. Докато интернет приложенията намират вече ефективно приложение в учебната среда /макар и частично/, то мобилните приложения са в начална фаза на включване в образователния и в терапевтичния процес. МИП в образователна и терапевтична среда при НСУ осигуряват възможност за постепенно ускоряване на бързината



на обработка на сигналите, самостоятелен контрол и навигация на изпълняваната дейност, включително избор на съответен вход за команди и контрол; вземане на решения за изпълнения и автономна оценка за собствените постижения.

В най-популярните мобилни операционни системи IOS, Android, Symbian, RIM, Bada, WindowsPhone, Windows Mobile и др. са налични вградени програми като:

- ✓ Speak Selection /текстово-говорен софтуер/, позволяваща подбор на отделни абзаци от текстове; маркиране на отделни думи или изречения, които се произнасят; промяна на цветове за осигуряване на открояващ се текст.
- ✓ VoiceOver, която може да се ползва в съпоставително-сравнителен план за четене на глас и чуване на прочетения текст.
- ✓ Auto-Text облекчаваща проблематичността на писането.
- ✓ AssistiveTouch, предлагаща разпознаване на глас и персонализиране на жестове за приближаване и отдалечаване с ръце.
- ✓ Apple Safari Reader, свързана с блокиране на pop-up изскачащите прозорци и позволяваща ученика да се съсредоточи само върху текста, който чете. Програмата позволява минимизиране на сензорното натоварване.
- ✓ Touch Screen за сензорно-тактилно управление, като сензорните екрани позволяват по-лесен подбор на определено съдържание и др.

В различните мобилни операционни системи са включени приложения:

- свързани с развитие на когнитивни умения като Train Your Brain /като невро-гимнастика за внимание, памет, визуална перцепция, подобряване скоростта на невропсихологическо процесирание, умствена флексабилност/, Lumosity /трениране на памет и внимание/, NeuroNations's /мозъчни игри, свързани с планиране и изпълнителски функции/, Brain Trainer и др.
- свързани с кодиране, декодиране и преработка на информация с различен стимулен материал: БГ азбука; БГ думи; Букви, цифри, цветове; Детски песнички; Животни за деца; Животните звук и речник; Лесно четене; Математика – игри за деца; Математика за деца; Музикални инструменти; Приказките и книгите; Приказки и песнички; Учат и играят; Animal sounds; AutoMath; Math tricks; How to draw; както и много образователните игри.
- QR код, Barcoo и други, които могат да се ползват с учебно-игрови модел на презентация, и са в инициална схема на включване в образователни и терапевтични програми.

За използването на мобилните и интернет приложенията в образователни и в терапевтични програми за ученици с НСУ могат да се отбележат позитивни и лимитирани страни.

Позитивни аспекти

Моторното и когнитивното развитие при ученици с НСУ, при ползване на МИП е по-резултативен процес, поради по-високото ниво на мотивация /предимно игрова/, фокусираност на вниманието и удовлетвореност от финалния резултат. Проектирането и създаването на МИП за развитие и стимулации позволява осъществяването на гласов и/или тактилен и проприоцептивен контрол, установяване на емоционални състояния и социални релации, регистриране на отделни обекти, факти и съдържание, както в статичен, така и в движещ се план. Сравнително по-лесно може да се реализира адаптивно обучение, като



информационното и учебното съдържание могат да се дозират и избират съобразно потенциала и потребностите на учениците с НСУ. МИП за обучение, игри и симулации предполагат и позволяват технологичните интервенции да се осъществяват с желание от страна на учениците с НСУ, да се извършват по всяко време и да допринесат за повишаване на когнитивните и социалните умения. МИП с когнитивен характер е необходимо да бъдат достъпни, адаптивни и използваеми, както от учениците с НСУ, така и от фамилията и професионалния контекст.

Ако мобилните и интернет приложенията ангажират вниманието и интереса на учениците с НСУ, то процесът на обучение неусетно се трансформира в желан процес на игра и забавление. Създават се предпоставки за усъвършенстване на праксиса и координационните умения/на нива: пръстов праксис – изолирано и симултантно, визуално-моторно, аудиологично-визуално и аудиологично-моторно локализиране, дискриминация, прекодиране и синхронизиране на съответните стимули, развиват се пространствените способности, формират се двигателни, комуникативни и социални умения. „Използването на виртуална среда, като образователни игри предоставя потенциал за потребителите да участват на равни начала независимо от академичните постижения и от уврежданията. Досегашните изследвания показват, че при учениците, които постоянно играят компютърни игри се наблюдава ускорено време за реакция, подобрява се координацията око-ръка и се повишава самочувствието на играчите " [7]. Подобни резултати от свои изследвания споделят Ке [6], Tüzün et al [13], Okolo [8]. Използването на образователни игри и програми в МИП създава времева рамка за ученика с НСУ и развива креативни умения чрез изискванията за търсене на нови стратегии. Чрез по-ярките стимули в МИП /спрямо стимули на хартиен носител/ се подобрява функционалната и дигиталната грамотност на учениците с НСУ.

МИП помагат за подобряване на постиженията и за повишаване на мотивацията на лица с обучителни трудности [2],[8]. Трансферът на знания се максимизира, като повторенията не се приемат за отегчителни и досадни, а се изпълняват с интерес. Повишава се и целенасочеността на поведението, тъй като играта се играе до успешен край. Възможностите за многократни изпълнения съдействат не само за преодоляване на проблеми с памет, внимание, мислене, изпълнителски функции, но и предоставят възможности за ефективна интеграция на основни когниции в динамична среда. В този аспект, изключително важна е подкрепата от страна на родители и специалисти, учениците с НСУ да се отказват от играта, от познанието, от информацията.

МИП съдействат за развитие на комуникативни и социални умения, например сътрудничество и коопериране [1]. Също така, МИП подпомагат социални умения като вземане на решения, управление на конфликти, работа в екип. Видеоигрите са използвани, за подпомогане на развитието на социални умения при деца и юноши, които имат тежки когнитивни увреждания и проблеми в развитието [11], [4].

Учениците с НСУ често играят виртуални игри сами и се определят като „самотни“ играчи, при които мотивацията постоянно се повишава с овладяването на все по-сложни игри. Образователните компютърни и мобилни игри, провокират „огромно психическо напрежение в нещо като вечен двигател за когнитивна гимнастика“. По-значителните резултати на „самотния“ компютърен играч водят до увеличаване на познавателната компетентност [5], [9].

В заключение на анализа на позитивните страни на интернет и мобилните приложения е от значение факта, че те не сменят и не заместват обучението, а само го подпомагат и допълват.



Лимитирани аспекти

МИП като висок клас асистиращи технологии имат и предизвикателно-лимитирани характеристики. Използването на МИП изисква формирането на нови компетенции от страна на родителите и специалистите, създаването на нови образователни и терапевтични програми, осигуряване на необходимата техника.

Проблематични аспекти са също така и:

- ✓ липса на философия, научни теории и парадигми за използването на МИП в образователни и терапевтични програми. Тази научно-приложна ниша позволява не само съществуването на МИП, проектирани от неспециалисти в областта на работа с ученици с НСУ, но и избор на неправилни стратегии от страна на родители и неспециалисти за работа с ученици с НСУ, като например следването на съществуващата заблуда, че НСУ са вид училищни затруднения;
- ✓ липса на дидактически и терапевтични стандарти, което позволява хаотичност в конструирането и използването на МИП за ученици със НСУ;
- ✓ включеността на МИП в индивидуалните образователни програми и в учебното и терапевтичното съдържание за ученици с НСУ;
- ✓ несъобразеност с народопсихологични модели и културални особености и глобализирането на съдържанието в МИП;
- ✓ наличие на неподходящ или неудачен дизайн, който е прекалено Резюмеен в някои приложения или е с прекалено конвенционални и дори скучни изображения или пък е несъобразен с възрастови особености;
- ✓ просрочване на допустими времеви изпълнения от страна на учениците с НСУ и пристрастяване към МИП;
- ✓ свърхсензитивност към отделни стимули, движения на герои, отделни МИП от страна на ученици с НСУ;
- ✓ екстремна отговорност към промяна на обекти, факти и модели в различни видове МИП без възможност за реализиране на креативни подходи от страна на учениците с НСУ;
- ✓ минимизиране на реалната комуникация на учениците с НСУ;
- ✓ необходимостта от адаптиране на учениците с НСУ към МИП;
- ✓ трудност или невъзможност научените данни, факти и умения да се трансферират в реална среда;
- ✓ технологична, фактическа и финансова достъпност и използване на МИП в различен средови, географски и възрастов контекст;
- ✓ невъзможност или трудност за установяване на динамика на получените резултати от използването на МИП, с което се затрудняват формалното и неформалното измерване и оценяване на постиженията на учениците с НСУ;
- ✓ осигуряване на свързаност по едно и също удобно време за учениците с НСУ и специалистите, работещи с тях;
- ✓ спонтанност и ситуативност на употребата на МИП и др.

Включването на МИП в образователните и терапевтичните практики засега е преимуществено алтернативно и/или допълващо основните образователни и терапевтични практики.

Специалистите като експерти в своите специфични области често не притежават необходимите знания и умения за включване на МИП в учебните си пространства и в педагогическата си практика. Този дефицит се дължи на липсата на подготовка и обучение за избавяне на учебното съдържание от еднообразието, чрез включването на учебни практики с МИП. Необходимо е технологичната грамотност, от една страна и педагогическите и терапевтичните стратегии, от



друга страна, да намерят пресечна точка в съдържанието на областта на преподаване и да се съобразят със сложния характер на учебния процес, обществени очаквания и практики, както и с готовността на учениците да влязат в "реалния свят" [10].

Заклучение

Апликирането на МИП в образователните и в терапевтичните практики за ученици с НСУ е привлекателна идея, но тази идея губи от своята примамливост поради липсата на методологическа, философска и педагогическа плътност. Както отбелязват **Raftree L., Martin N. [14]**, дори най-добрите учебници ще бъдат напразни, ако не са съчетани с подходяща класна стая, добра педагогика и отговорни учители.

В този план, извеждането на позитивни и все още лимитирани аспекти на мобилните и електронните приложения в образователните и терапевтичните практики за ученици с нарушения на способността за учене разкрива възможности и перспективи, но не осъществява ефективно и цялостно използване. „Общността на М-обучението все още е фрагментирана, с различни национални гледни точки и различия между академичните среди и индустрията, както и между училището, висшето образование и секторите за учене през целия живот“ [12].

Предвид спецификите на нарушенията за способността за учене, вероятно по-рано мобилните и интернет приложенията ще намерят своето място първо в терапевтичните практики /които се характеризират с по-голяма гъвкавост/, а на по-късен етап ще се включат в учебния процес в общообразователния клас и общообразователното училище. Няма съмнение, обаче, че мобилните и интернет приложенията улесняват образователното и социалното включване и на учениците с нарушения на способността за учене.

Библиография

- [1]. **Bailey, C., Pearson, E., Gkatzidou, S. & Green, S. (2006)**. Using Video Games to Develop Social, Collaborative and Communication Skills. In Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications. 1154-1161. Chesapeake, VA: AACE.
- [2]. **Blechman, E. A., Rabin, C., & McEnroe, M. J. (1986)**. Family communication and problem solving with board games and computer games. In: Schaefer & Reid (Eds.), Game play: Therapeutic use of childhood games. 129-145. NY: John Wiley & Sons.
- [3]. **Crescente, Mary Louise; Lee, Doris (March 2011)**. Critical issues of m-learning: design models, adoption processes, and future trends. Journal of the Chinese Institute of Industrial Engineers 28 (2), 111-123. [doi:10.1080/10170669.2010.548856](https://doi.org/10.1080/10170669.2010.548856).
- [4]. **Gaylord-Ross, R. J., Haring, T. G., Breen, C., & Pitts-Conway, V. (1984)**. The training and generalization of social interaction skills with autistic youth. Journal of Applied Behavior Analysis, 17, 229.
- [5]. **Ivanova, T. (2014)**. Cognitive assisting technologies and social inclusion of students with special educational needs. In: I International congress of Social Inclusive. Sedlce.
- [6]. **Ke, F. (2008)**. Computer games application within alternative classroom goal structures: cognitive, metacognitive, and affective evaluation. Educational Technology Research and Development, 56(5/6), 539-556.
- [7]. **Lawrence, G. H. (1986)**. Using Computers for the Treatment of Psychological Problems. Computers in Human Behavior, 2, 43-62.
- [8]. **Okolo, C. (1992)**. The effect of computer-assisted instruction format and initial attitude on the arithmetic facts proficiency and continuing motivation of students with learning disabilities. Exceptionality, 3, 195-211.
- [9]. **Rieber, L. (2005)**. Multimedia learning in games, simulations, and microworlds. In R. E. Mayer (Ed.), The Cambridge Handbook of Multimedia Learning (549-567). New York: Cambridge University Press.
- [10]. **Robinson, R. & Reinhart, J. (2014)**. Digital Thinking and Mobile Teaching: Communicating,



Collaborating, and Construction in an Access Age. Denmark: Bookboon

- [11]. **Sedlak, R. A., Doyle, M., & Schloss, P. (1982).** Video games - a training and generalization demonstration with severely retarded adolescents. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 17(4), 332–336.
- [12]. **Singh, M. (2010).** M-Learning: A New Approach to Learn Better. *International Journal of Education and Allied Sciences* 2(2): 65–72.
- [13]. **Tüzün, H., Yılmaz-Soylu, M., Karakus, T., Inal, Y., & Kizilkaya, G. (2009).** The effects of computer games on primary school students' achievement and motivation in geography learning. *Computers and Education*, 52(1), 68-77.
- [14]. http://www.ssireview.org/blog/entry/whats_holding_back_mobile_phones_for_education What's Holding Back Mobile Phones for Education? Stanford Social Innovation Review Blog. Stanford Social Innovation Review. February 11, 2013. Retrieved August 4, 2013.

Информация за автора

Дора Левтерова, професор, дпн,



БЛОКИРАНЕ НА КРАТКОСРОЧНАТА ПАМЕТ ПРИ ИЗСЛЕДВАНИ ЛИЦА С ДИСЛЕКСИЯНА РАЗВИТИЕТО

Явор Донеv

Бакалавър, Департамент „Когнитивна наука и психология”, НБУ,

Резюме: Дислексия на развитието се среща при хора, които не успяват да придобият нормална компетентност за четене и писане, като това не се дължи на външни травми.

Нарушенията, свързани с дислексия на развитието, засягат зрителния и слуховия гнозис. При нарушение на зрителния гнозис се наблюдават затруднения при възприемането и възпроизвеждането на зрителни стимули, както и съответно и на зрителни лингвистични стимули. Тези затруднения водят до трудност при графемно-фонемното съотнасяне, трудно диференциране на сходни графемни. Нарушенията на слуховия гнозис при дислексия на развитието се изразяват най-вече в преобразуването на зрителните стимули в акустични. Дефицит във фонологичния гнозис означава трудност при декодирането на фонемите, наблюдава се и трудност за диференциране на сходни звукове като З-С, Д-Т.

Експериментът на Маргарет и Лойд Питерсън е основополагащ за развитието на изследванията, отнасящи се за краткосрочната памет. Този експеримент изяснява значението на определени елементи от паметта, тяхното място и функциите им при приемането на информация и на нейната обработка от човешката памет.

Има множество идеи, че нарушенията свързани с четенето и писането при дислексията на развитието се дължат на нарушение на вътрешното преговаряне в краткосрочната памет. Има доказателства, че фонологичният дефицит, който се наблюдава при дислексии, оказва влияние върху способността да се заучават подадени стимули (Smith-Park, Fisk, Fawcett & Nicolson, 2003).

Настоящото изследване се концентрира върху влиянието на повторението и запълването на ретенционния интервал с цел запазване на постъпилата информация, както и на разликите на това повторение при дислексии и нормолексии.

Настоящото изследване показва, че краткосрочната памет може да се блокира и постъпилата информация да се забрави напълно, ако по време на ретенционния интервал изследваните лица получават нова информация.

Ключови думи: дислексия на развитието, краткосрочна памет, зрителен гнозис, слухов гнозис

SHORT TERM MEMORY BLOCKING IN TESTED PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DYSLEXIA

Yavor Donev

Bachelor in Cognitive science and psychology Department

Abstract: Developmental dyslexia occurs in people who fail to acquire competence for normal reading and writing, and is not due to external injuries.

Violations related to the development of dyslexia affect the visual and auditory gnosia. In violation of the optic gnosia are observed difficulties in perceiving and reproduction of visual stimuli. These problems lead to difficulty in grapheme-phonemic mapping, difficult differentiating similar graphemes. Violations of auditory dyslexia gnosia are expressed mostly by the inability of the word with its meaning, transforming the visual stimulus acoustic. Deficit in the phonological gnosia means difficulty in decoding phonemes, monitor and difficulty of differentiating similar sounds such as S-Z, D-T.

The experiment of Margaret and Lloyd Peterson is fundamental for the development of research related to short-term memory. This experiment clarifies the meaning of certain elements of memory, their place and their function in the adoption of information and its treatment of human memory.

There are numerous ideas, that violations related to reading and writing in the development of dyslexia due to breach of domestic negotiating in short term memory. There is evidence that phonological deficit, which was observed in dyslexic's affects the ability to patients learn filed incentives (Smith-Park, Fisk, Fawcett & Nicolson, 2003).

This study focused on the impact of repetition and filling the retention interval in order to keep the information received, and the differences of this repetition in dyslexics and normoleksics.

This study showed that short-term memory can be locked with the incoming information to forget



completely if during the retention interval respondents receive new information.

Keywords: *developmental dyslexia short-term memory, visual gnosis, auditory gnosis*

Въведение

Терминът дислексия идва от гръцките думи – dys-разстройвам и lexis-дума, и е използвано (Тодорова, 2007) от доктор Берлин за първи път през 1887 г. като означение на нарушение в четенето при деца със съхранени интелектуални функции.

Първата форма на дислексия е описана за първи път като изолирано нарушение на четенето. Тогава се е предполагало, че такова затруднение се дължи на мозъчни увреди. Началните изследвания свързани с дислексията са насочени повече към придобитите нарушения в четенето и писането – алексииите. Кусмаул (Матанова, 2001) описва множество случаи, при които се наблюдава разпад на способността за четене - лексикална слепота. Пациентите можели да пишат, но не и да прочетат какво са написали, а вторите не можели нито да четат, нито да пишат. Тази патология днес се приема като отделна част от невропсихологията. Първият вид алексия е нарушение на периферно гнозиснобуквено равнище. Пациентът имал запазен фонеман гнозис и праксис за писане, той пише правилно под диктовка без да разпознава какво пише. Има и друг вид алексия, при който пациентите не боравят по никакъв начин с писменната реч, но разбират това, което чуват и говорят добре.

През първата половина на ХХ в. Ортон формулира първата етиологична теория. Той класифицира децата в зависимост от техните затруднения (Тодорова Е, 2007). Според тази теория всички тези затруднения се свързват с едно общо неврологично нарушение, както и с нарушението на определени психични функции.

В днешни дни дислексията се разглежда като дислексичен синдром. Това означава, че появата на един симптом не значи, че има дислексия. Нужно е при появата на симптом да се появи и друг, който е свързан с предишния. Самото диагностициране предполага запазен интелект, запазени сетивни входове, както и отсъствие на емоционални нарушения. От друга гледна точка причина, която би могла да бъде изключена е ниският социален статус.

Счита се, че началото на проучванията, свързани с паметта и заучаването, са положени от Херман Ебингхаус. Резултатите от тези изследвания са отразени в неговата книга „Concerning Memory” от 1885 г. В тази книга авторът публикува данни от свои експерименти, в които самият той участва като обект на изследването. Ебингхаус заучава (опитвайки се да избегне асоциациите) множество лишени от конкретен смисъл триграми. Той следи колко време му е необходимо, за да заучи списък от тези триграми без да допуска грешки при тяхното възпроизвеждане по памет. Всяко следващо заучаване става по-лесно и му отнема по-малко време. Той установява, че първоначално забравянето е бързо, но постепенно заучаването става и за по-кратко време, и е по-дълготрайно.

Основната парадигма за изучаване на паметта и ученето е създадена също от Ебингхаус. В тази парадигма всяко подаване на информация, което се регистрира от сетивните системи, се приема като *заучаване*. *Ретенционният интервал* започва от края на заучаването на стимулите от И.Л. до началото на ретенционния тест. Неговата продължителност се определя в зависимост от задачите на изследването и може да варира от секунди до часове, дори до дни. Ретенционният интервал може да бъде запълнен с различни видове активности на И.Л., като броене на числа, сън и др. *Ретенционният тест* дава обратна информация за степента на заучаване на подадените стимули. Има два основни типа тестване: узнаване и активно възпроизвеждане.

През 1968 г. Atkinson и Shiffrin публикуват своята теория за строежа на



човешката памет (Atkinson и Shiffrin, 1968), с която въвеждат много нови аспекти във вижданията по този въпрос. Те създават своята теория на базата на задълбочени изследвания на краткосрочната и дългосрочната памет.

Atkinson и Shiffrin разглеждат краткосрочната памет като временен склад за постъпилата информация. Тя има определен капацитет и постъпилите стимули много бързо „изветряват“. За да се запазят по-дълго време, те трябва да се повтарят отново и отново.

Дългосрочната памет е основно място за съхраняване на паметовите записи. Тя няма определен капацитет, но има трудности при извличането на информация от нея.

Началото на провеждането на изследвания, насочени към краткосрочната памет, са свързани с Лойд Питерсън и Маргарет Питерсън (Peterson & Peterson, 1959) и Браун (Brown, 1958).

Периодът, след който подаденият стимул е регистриран от сензорната памет, в англоезичната научна литература за памет се свързва с понятието *repetition*. През него И.Л. повтарят на глас или наум постъпилата информация, за да се прехвърли в дългосрочната памет.

Периодът, през който се случва повторението е ретенционният интервал от парадигмата за заучаване на Ебингхаус. Поради липса на официално въведен термин за понятието *repetition* в настоящия текст се използва вътрешно преговаряне.

Лойд Питерсън и Маргарет Питерсън доказват значението на вътрешното преговаряне за заучаването на информация и нейното препращане в дългосрочната памет. До техните експерименти повторението и заучаването са били поставяни в отделни категории.

В известния техен експеримент се тества припомняне на отделни айтеми след кратки интервали. С този си опит те тестват повтарянето само след едно единствено показване на стимул.

В това изследване са били използвани триграми с ниска асоциативна сила и трицифрени числа. След всяко показване на триграмата, някое от числата се подава на И.Л. с инструкция да започнат да броят от това число в низходящ ред и в ритъм.

Процедурата се състои в следното: Експериментаторът произнася триграма буква по буква и веднага след това произнася трицифрено число. Участникът започва да брой последователно числата в низходящ ред и в ритъм, подаван от метроном. Всяко от изследваните лица се тества по веднъж при интервали – 3, 6, 9, 12, 15 и 18 сек. Всяка триграма се подава по един път на всеки участник.

Според Питерсън може да се предположи, че времето на ретенционния интервал, през което И.Л. повтарят подадения стимул, има важна функция за правилното възстановяване на информацията, подадена чрез теста. Колкото по-продължително е времето за повторение, толкова по-силно е припомнянето. Ако повторението бъде блокирано, информацията избледнява. Колкото по-дълго е блокирано повторението, толкова по-силно е забравянето.

Ако участникът в експеримента многократно повтаря наум, това помага за прехвърлянето на информацията от краткосрочната памет в дългосрочната. Такъв процес може да протече, при условие, че количеството информация в краткосрочната памет не надвишава обема ѝ.

Много години психолозите, които се интересуват от развитието на краткосрочната памет при деца вярват, че те не използват субвокално повтаряне преди седем години. Последовател на тази идея е Виготски, който описва развитието на този процес като преминаване на „външната“ реч във „вътрешна“. Само ако това се случи детето може да използва тази вътрешна реч, за да поддържа вербални стимули.



От гледна точка на развитието използването на субвокална артикулация за кодирането на материал в удобна фонологична форма се явява като отсъстваща при деца (Hitch & Halliday, 1983).

Има директни доказателства за това, че децата имат способността да активират вътрешното преговаряне за подавани визуални стимули, но не могат да го направят спонтанно винаги. На пример (KEENEY, T. J., CANNIZZO, S. R., & FLAVELL, J. H., 1967), доказва че тренирането на 7-8 годишни деца е силно ефективно да изчисти и повиши възстановяването на стимулите.

Вътрешно преговаряне при малки деца предполага, че те биха могли да ангажират повече рудиментални форми на вътрешно преговаряне от по-големите деца и възрастните. Така, ако се вземе пример подаване на списък от думи, вътрешното преговаряне при възрастни се проявява като кумулативен процес, при който индивидуалните субвокални артикулации обхващат изключително големи области от списъка. Така в началото на списъка на думите изследваното лице се опитва да приеме всяка нова дума в реда на интервала преди да е представена следващата дума. Когато това стане тя също бива инкорпорирана в редиците на вътрешното преговаряне.

При дислексията паметовите проблеми са свързани с кодирането на информация и ниската мотивация. Особено изразени са нарушенията на краткосрочната или работната памет, където се засягат аспекти от вътрешното преговаряне, което се изразява на свой ред с нарушено графемно кодиране и декодиране. Вербалната информация се задържа във фонологична форма, както стана ясно вече. Повечето индивиди имат опит с вътрешното преговаряне. Изследванията на Hall, Holligan, Scott доказват, че има дефицит в краткосрочната памет при дислексици (Тодорова Е, 2007). Според тези автори дислексичните четци се опират на фонологични кодове, които са неефективни. Изследванията документират връзката на паметта и училищния успех. Може въпреки този дефицит да се промени и краткосрочната памет да се „увеличи“ с натрупване на четивен опит. Според Матанова (Матанова, 2001) и теорията за дефицит на краткосрочната памет, по-скоро дислексиците и нормолексиците имат различен начин на кодиране на информацията.

Краткосрочната памет има съществено значение за четенето - връзката между фонемите и графемите, и продуцирането на думи, докато в паметта се пази останалата част от изречението – неговия смисъл, синтаксис и др. (Seidenberg & McClelland, 1989). Овладяването на процеса на четене е овладяването на способността да се декодира текст. Краткосрочната памет в процеса на четене и разбиране има основна роля, защото разбирането на комбинации от думи изречения се случва в паметта (Nation, Adams, & Snowling, 1999).

Има множество доказателства за понижен обем на паметта обвързан с дефицити на фонологичните способности, които възпрепятстват декодирането при четене (Hulme & Roodenrys., 1995). Например, деца с дислексия са склонни да имат проблеми и с произнесени на глас думи. Децата трудно произнасят псевдодуми и при вербално подаден списък, в който едната е несъществуваща дума, децата трудно я разпознават (Hatcher & Snowling, 2006). Дислексичните деца също имат проблеми при обработването на фонологична информация като например – нужно е повече време при обработката на вербални стимули от дългосрочната памет (McDougall & Donohoe, 2002) и развиването на речниковия запас от думи (Gathercole & Baddeley, 1990).

Ограниченият обем на краткосрочната памет при дислексици е изследвана обширно чрез подаването на прости паметови задачи. Резултатите от тях сочат, че причина е фонологичният дефицит. Smith-Park и колеги (Smith-Park, Fisk, Fawcett & Nicolson, 2003) потвърждават този факт, нещо повече- в две от групите на тяхното изследване се вижда, че фонологичният дефицит влияе на вътрешното преговаряне



при постъпването на информация. Този проблем се проявява в трудност при прочитането на дълги думи или серия от числа, изречения и др.

Едни от най-трудните задачи за памет на хората с дислексия са задачите за повторение на числа, думи изречения. Повторенията на думи е свързано с преработката на фонологично ниво - да кодират информацията и да планират нейното артикулаторно проявление отново с правилна фонемна последователност. Повторението на числа изисква добър обем на краткосрочната памет, повторението на изречение изисква поддържането на постъпилата информация, както и същевременното кореспондирането с дългосрочната памет. Обяснение за множеството трудности при подаване на задачи за повторение може да се отнесе към достъпа на фонологичната преработка в дългосрочната памет, който може да спомогне за справянето с постъпилата информация и разширяването на речниковия запас (McDougall, Donohoe, 2002). Познатите думи и числа при задача за повторение се свързват с познати елементи в запазени в дългосрочната памет, докато непознатите думи нямат такава връзка.

Точният произход на проблемите засягащи работната памет остават неизяснени – дали това се дължи на лошо структурирана памет или на проблем при преработката на фонологичната информацията. При много нарушения на четенето се смята, че фонологичният дефицит е в основата (Gottardo, Stanovich & Siegel, 1996) и за това се смята, фонологичните способности имат такова важно значение при нарушения на краткосрочната памет (Baddeley, 1986). Например, на хора с нарушение при четенето се подават множество задачи за фонологични способности (Gathercole & Baddeley, 1993), при които фонологичния дефицит и дефицитът на краткосрочната памет са силно обвързани със способностите за четене и писане.

Изследване проверява значението на работната памет за разбирането на езика при четене (Seigneuric, Ehrlich, Oakhill, Yuill, 2000). Резултатите установяват, че когато речниковият запас и декодирането са контролирани при подаване на думи и числа се получават разнообразни вариации при разбирането на прочетеното от нормолексици. Изхождайки от получените резултати за способността за разбиране при, четене, може да се каже, че при дефицити в работната памет резултатите са по-лоши.

Метод

Изследвани лица

В изследването участват 36 души с дислексия на възраст от 10 до 14 години от двата пола, като се разпределят в две групи по 18, на случаен принцип. Всяка една от групите отговаря на едно от нивата на независимата променлива – група, която брой в обратен ред и група, която не брой в обратен ред. Непълнолетните участници имат разрешение за участие в експеримента от възпитател или родител. Участието е на доброволен принцип.

Материал

За изследването са използвани следните 8 триграми, състоящи се от съгласни букви, подбрани на случаен принцип:

1	ВШС
2	РХП
3	НЗК
4	ЛЦБ
5	ЖФМ
6	ЩТД



7	ЧБТ
8	ГЖЛ

Триграмите излизат в реда, в който са представени горе. Първите два стимула влизат вобучителната част. Използва се един и същ списък от триграми и за двете нива на независимата променлива. Триграмите се подават в една и съща последователност и на двете групи.

При групата, която брой в обратен ред се подават и следните трицифрени числа:

214
734
653
812
542
452
926
529

Числата излизат в реда, в който са представени горе. При провеждането на експеримента на участниците на по-малка възраст се подават двуцифрени числа. Тази промяна в процедурата не повлиява на получените резултати.

Процедура

В настоящия експеримент е нужно да се овладее ритъмът на подаване на триграмите. Подложеният на теста трябва да свикне бързо да пише и да е готов за следващия стимул.

На всеки участник от групата, която не брой в обратен ред, се подават две триграми. Всяка стои 1 сек. . След всяка от подадените триграми следва ретенционен интервал от 3 сек и тест, при който участниците записват видяната триграма.

На всеки участник от групата, която брой в обратен ред, се подават две триграми - същите, като тези на групата, която не брой. Всяка триграма стои 1 сек. След всяка от подадените триграми се показва трицифрено число, стоящо 3 сек и от което участниците броят в обратен ред, докато то не изчезне. Следва тест, при който участниците записват видяната триграма.

Експериментът се провежда индивидуално с всеки участник.

Участникът сяда на стол, така че екранът да е точно срещу него, а експериментаторът - до него. На всеки участник от двете групи се прочита инструкцията.

Периодът на ретенционния интервал в експеримента е от 3 до 18 секунди за двете групи. Времето в интервала, след първата подадена триграма е 3 сек. Времето в интервала при всяка следваща триграма е с 3 сек повече, от колкото при предишната. Т.е. , след втората е 6 сек, след третата - 9 сек и т.н. След всеки ретенционен интервал участникът в експеримента записва отговорите на бланката.

По време на ретенционните интервали участниците от групата, която брой в обратен ред, вижда на екрана трицифрено число, от което почва да брой с три назад – 300, 297, 294 и т.н.

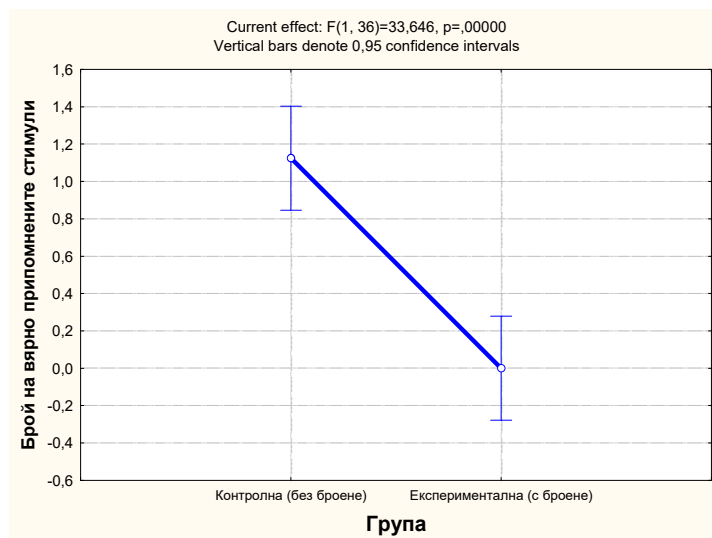
За правилни се приемат тези отговори, в които триграма е възстановена в същия ред, в който е била подадена.



Резултати и обсъждане

В настоящото изследване има две независими променливи: група (в зависимост от отсъствието/наличието на активност на И.Л. по време на ретенционния интервал); време на ретенционния интервал (поредност на триграмата в списъка със стимулния материал) с 6 равнища.

За извеждането на резултатите за фактора „група” е използван еднофакторен дисперсионен анализ.



Фиг. 1

Влиянието на фактора “група (експериментална/контролна)” върху броя на вярно припомнените стимули

На фигура 1 са сравнени средните резултати на експерименталната и контролната група в изследването.

При групата, в която се брои в обратен ред, средните постижения са 0,00. Участниците в групата, в която не се брои, имат средно 1,2 верни отговора.

$F_{(1,36)}=33,646$ потвърждава, че разликите в средните нива на постижения при броящите и не броящите И.Л. е твърде голяма, за да се обясни със случайни фактори.

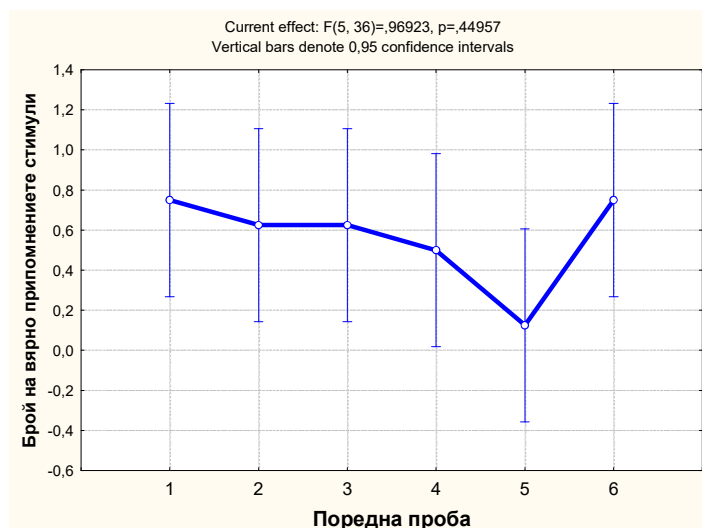
Причините са свързани с няколко фактора. Изследва се дислексията, която оказва явно значение за понижените резултати. Както стана ясно в теоретичното изложение капацитетът на краткосрочната памет при тях е ограничен. На второ място редно е да се отбележи възрастта на участниците и възможността функцията на вътрешното преговаряне да не е развита.

Успеваемостта при броящите изследвани лица е нулева. В настоящото изследване никой от участниците в това ниво на независимата променлива не успя да постигне успех при възстановяването на триграмите.

Дислексията е съвкупност от множество симптоми, но и се свързва със способностите за смятане. Не малка част от изследваните лица изпитваха реална трудност от броенето назад. Тази процедура най-вероятно изцяло заема капацитета на паметта и напълно забравя буквите, които е видял преди това.

Резултатите от изследването на фактора „време на ретенционния интервал (поредност на триграмата в списъка със стимулния материал)” са изведени с еднофакторен дисперсионен анализ.





Фиг. 2

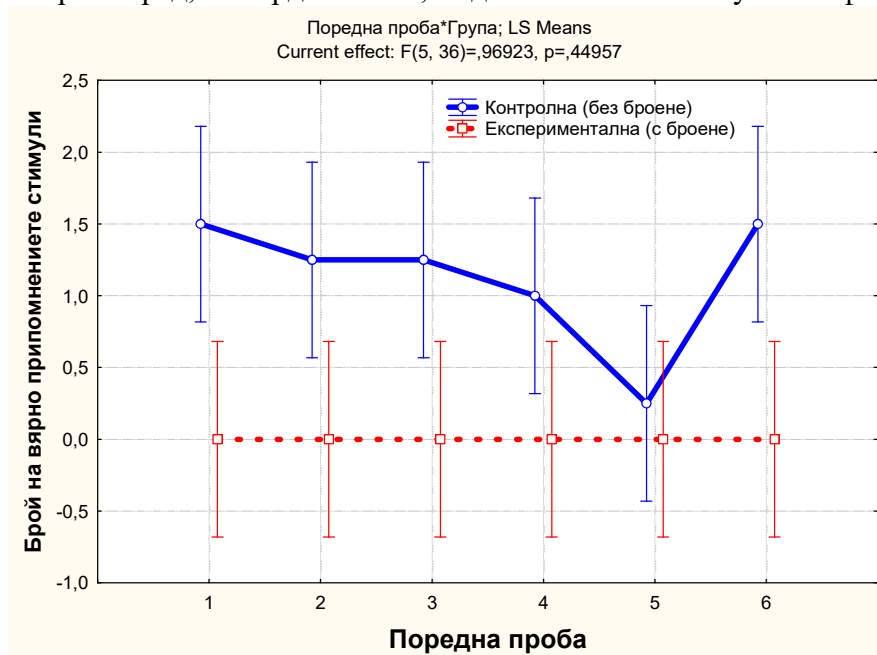
Влияние на фактор “Поредна проба” върху зависимата променлива “Брой на вярно припомнените стимули”

Средната успеваемост на участниците и от двете групи при първата подадена триграма е 0,8 . Следващата триграма има средно постижение от 0.7. Средните постижения на И.Л. при следващите подадени триграми намаляват, както е показано на фигура 2, като постиженията на участниците при шестата подадена триграма е с най-нисък среден резултат – 0,8.

Грешките, допуснати от участниците в изследването при първите три стимула, са свързани с размяна и пропускане на букви, обръщане на букви.

При триграми 4, 5 и 6 се наблюдава пълна невъзможност за припомняне.

$F_{(5,36)}=13,367$ (виж фигура 2) при тази независима променлива потвърждава, че средните на всяка триграма, както за групата, която не брой в обратен ред, така и за групата, която брой в обратен ред, е твърде голяма, за да се обясни със случайни фактори.



Фиг 3

Влияние на взаимодействието между факторите “група” (контролна/експериментална) и “поредна проба” върху зависимата променлива “Брой



на вярно припомнените стимули”

Взаимодействието между факторите поредност на триграмата (големина на ретенционния тест) и вярно припомнени стимули е изведено с двуфакторен дисперсионен анализ. Средните постижения за всички подадени триграми на групата, която не брои в обратен ред е 1,5 и не се различават по между си с изключение на петата триграма.

Средното постижение на групата, в която се брои в обратен ред, при всички триграми е 0,0.

При $F_{(5,36)}=0,96923$ данните потвърждават оригиналния експеримент, че ефектът от задача с броене през ретенционния интервал блокира краткосрочната памет. Докато при него, колкото по продължително е броенето в обратен ред през ретенционния интервал, толкова по силно е забравянето, при изследваните лица с дислексия, броенето в обратен ред напълно блокира повторението на подадения стимул без значение на продължителността на ретенционния интервал.

Значението на повтарянето е с ключово място за постигането на пълно заучаване. Близкото положение на средното постижение на лицата от първата и втората група отново потвърждава значението на повтарянето и времето, за което се задържа в паметта. Стойностите на средната се запазват сравнително непроменливи при лицата, които не са броили.

При изследваните лица от броящата група има спад в средните. Рязкото спадане на успеваемостта може да се разгледа като следствие от краткият престой на триграмата – 1 секунда. Ако се погледне постановката на изследването на Peterson (Peterson & Peterson, 1959) там те предполагат, че дори едносекундно появяване активира повтарянето в краткосрочната памет. Така те варират експозицията на 0, 1 и 3 секунди. Но тук ще допълня още нещо. В оригиналния експеримент са участвали нормолексици. Вътрешното преговаряне при възрастни е развито и то се „движи” много бързо. Промяна в престоая на буквите повече не би имал особено значение при участниците в настоящия експеримент.

Заклучение

Резултатите от експеримента, в който участват дислексици, потвърждава резултатите от експеримента на Peterson & Peterson (Peterson, 1957), че ако по време на ретенционния интервал има задача за броене в обратен ред, тогава изследваните лица забравят напълно подадените стимули.

Начинът, по който дислексиците декодират и обработват получената информация е различен. При хората с дислексия една от теориите свързани с проявите на този синдром е свързан с бавното съзряване на лявата хемисфера. Значението на недоразвения таламус (Brunswick, N, 2009), играещ важна роля за препращането на информация до следващи центрове в мозъка, за обработване на постъпващата информация също е от значение за по-слабите резултати на дислексиците.

Вътрешното преговаряне, имащо основно значение за краткосрочната памет, се развива през много дълъг период от време и неговите възможности постоянно се изменят. В теоретичната част се казва, че достъпът, който имат децата до фонологичния запас не е така развит както при възрастните и не могат да го активират спонтанно.

Наблюденията над и.л. по време на опитите показват, че някои от тях имат много отчетлива артикулаторна активност – помръдване на устни, шепнене. Тези проявления насочват, че все пак има, макар и за малък период от време има опит за преговаряне. Те могат да се съсредоточат само върху един стимул и да продължат да повтарят него. Увеличаващите се интервали показват, че и при групата, която не



изважда в обратен ред има значителен спад на успеваемостта на изследваните лица. Вниманието е детерминативен елемент при дислексията. То е от изключително значение за овладяването на четенето и писането. Намаленото внимание се явява една от вероятните причини за ниската успеваемост дори и при групата, която не брой.

Броенето се превръща в обект на някакво повтаряне. При подаването на стимула и последвалото появяване на числото, и.л. явно се стремят да се връща към него като някакъв вид повторение, въпреки че не спира да брой. Това затруднение при броенето е свързано с неспособността на дислексиците да извършват операции с числа като, броене, събиране и изваждане и др.

Друга гледна точка за този експеримент може да е свързана с възможността вътрешното преговаряне при дислексичните четци да се изключва много рано. Може да се направи хипотеза, че вътрешното преговаряне има някаква продължителност, която е нужна, за да може информацията да постъпи и да бъде декодирана. Ако това време е намалено поради някакви причини – бавна преработка на информация, прекалено голям обем на стимулите, то тогава стимулите не могат да се преработят и да се направи връзка с фонетичния запас.

Тази хипотеза насочва в посока, че щом този начин на преработване на информация при дислексиците не работи, следователно те имат друг път на кодиране. Такава е идеята на Матанова (Матанова, 2001), че нормолексиците и дислексиците имат различни начини за кодиране и декодиране.

Библиография

- [1]. Тодорова, Е. (2007). Дислексия. Специфични нарушения на способността за учене. Издателство на Нов Български Университет.
- [2]. Матанова, В. (2001). Дислексия. С., Софи-Р.
- [3]. Atkinson, R. C., & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. In K.W.Spence and J. T. Spence (Eds.). *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory* (Vol. 2, pp. 89-195). New York: Academic Press.
- [4]. Baddeley, A. D., (1986). *Working Memory*, Oxford: Oxford University Press.
- [5]. Brown, J. (1958). Some tests of decay theory of memory. *Journal of experimental Psychology*. vol. 10. p. 12-21
- [6]. Brunswick, N. (2009). *Dyslexia A Beginner's Guide*. Oneworld Publications 2009.
- [7]. Hatcher, J. and Snowling, M. J. (2006). The Phonological representations Hypothesis of Dyslexia: From Theory to Practice. In G. Reid & J. Wearmouth (Eds.), *Dyslexia and Literacy: Theory and Practice* (pp. 69-84), West Sussex , UK: John Wiley & Sons.
- [8]. Hitch, G.J. and Halliday, M.S. (1983) *Working memory in children*. *Philosophical Transactions of the Royal Society, Series B*, 302, 324-340
- [9]. Hulme, C. & Roodenrys, S. (1995). *Practioner Review: Verbal Working Memory Development and Disorders*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (3), 373-398.
- [10]. Gathercole, S. E. & Baddeley, A. D., (1990). The role of phonological memory in vocabulary acquisition: A study of young children learning new names. *British Journal of Psychology*, 81, 439-454.
- [11]. Gathercole, S. E. & Baddeley, A. D., (1993). *Working Memory and Language: Essays of Cognitive Psychology*. East Sussex UK: Lawrance Erlbaum Associates.
- [12]. Gottardo, A., Stanovich, K. E. & Siegel, L. S. (1996). The Relationship between Phonological Sensitivity, Syntactic Processing and Verbal Working Memory in the Reading Performance of Third-Grade Children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 63, 563-582
- [13]. KEENEY, T. J., CANNIZZO, S. R., & FLAVELL, J. H. (1967) Spontaneous and induced verbal rehearsal in a recall task. *Child Development* 38, 953-966.
- [14]. McDougall, S. J. & Donohoe, R. (2002). Reading ability and memory span: Long-term memory contribution to span for good and poor readers. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 15, 359-387.
- [15]. Nation, K., Adams, J.W. & Snowling, M. J. (1999). Working memory deficits in Poor Comprehenders Reflect Underlying Language Impairments. *Journal of Experimental Child Psychology*, 73, 139-158.



- [16]. Peterson, M. and Peterson, L. (1959). Short-term retention of individual verbal items. *Journal of Experimental Psychology*. v.58. pp. 193 - 198
- [17]. Seidenberg, M.S., & McClelland, J., (1989). A distributed, developmental model of word recognition. *Psychological Review*, 96, 523 - 568
- [18]. Smith-Spark, J.H., Fisk, J.E., Fawcett, A.J. & Nicolson, R.J., (2003). Investigating central executive in adult dyslexics: Evidence for Phonological and visuospatial working memory performance. *European Journal of Cognitive Psychology*, 15, 565-587.
- [19]. Seigneuric, A., Ehrlich, M.F., Oakhill, J.V., Yuill, N.M., (2000). Working Memory Resources and children's reading comprehension, *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 13, 81-103.

Информация за автора:

Явор Донеv

Бакалавър, Департамент „Когнитивна наука и психология”, НБУ,



СТРАТЕГИИ ПРИ ЧЕТЕНЕ НА ДУМИ И НЕДУМИ ПРИ ДЕЦА В НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Йорданка Лалова¹, Антоанета Калонкина²

¹Институт за изследване на населението и човека – БАН,

²Логопедичен център – София,

Резюме: Целта на изследването е търсене на различни стратегии при четене на едносрични и многосрични думи и не-думи (лексикална и сублексикална) като се отчитат скоростта при четене и правилно прочетените думи. Тези задачи са част от тестова батерия за изследване писмената реч на деца от начална училищна възраст (8-11г.) в общообразователните училища. Изследваните лица са деца от две възрастови групи. В малката група са 890 ученици от края на втори и началото на трети клас, а в голямата група са 766 ученици от края на четвърти и началото на пети клас. Приложени са статистически методи, които позволяват определянето на надеждността, нормалното разпределение, факторното взаимодействие и дискриминативната сила на айтемите. Резултатите показват, че 90% от децата от двете възрастови групи прочитат правилно всички зададени едносрични думи, а 80% от тях прочитат правилно и многосричните думи. Времето за четене се съкращава с възрастта. Не-думите затрудняват повече всички деца. При четенето на едносрични не-думи от малките деца и на многосрични думи от големите се наблюдават и полови различия.

Ключови думи: начална училищна възраст, думи и не-думи, скорост, стратегии при четене

STRATEGIES FOR READING OF WORDS AND NON-WORDS IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Jordanka Lalova¹, Antoaneta Kalonkina²

¹Institute of Population and Human Studies, Bulgarian Academy of Sciences

²Center for Speech-Language Therapy – Sofia

Abstract: The study aimed at investigating different strategies (lexical and sublexical) for reading of single-syllable and multi-syllable words and non-words. The speed of reading and the number of correctly read words were measured. These tasks constitute part of a test-battery for studying writing abilities of children in early school age (8-11 yrs.) in primary schools. The children studied were divided into two age groups. The younger group included 890 children at the end of second and the beginning of third grade. The “elder” group included 766 children at the end of fourth and the beginning of fifth grade. Statistical methods allowing the estimation of confidence, normal distribution, factorial interrelations and the discriminative strength of items were applied. The results have shown that 90% of children in both groups have read correctly all mono-syllables and 80% of them have read correctly the multi-syllables as well. The time for reading decreased with age. Non-words posed difficulties for all children. During reading of non-words among younger children and during reading of multi-syllables among elder children gender differences were observed.

Key words: primary school, words and non-words, speed, reading strategies

Въведение

Четенето от психофизиологична, психологична и лингвистична гледна точка е аналог на слуховото възприемане на съобщенията. Няма принципна разлика в обработката на зрительно възприемания знак от този на слухово перцепирания сигнал. По отношение на мозъчните структури, осъществяващи процеса четене, те са също така топично близки до регионите за слуховата перцепция на говоримата реч. Четенето, както и чуването и разбирането на изговорената дума, е процес отвън-навътре [3]. Четенето преминава през етапите на усвояване на отделния знак, на сричката, на едносричната дума, на сложната дума и накрая – на изречението.

От съвременна гледна точка четенето се разглежда не просто като умение, а като част от всеотрасното развитие на децата. Цялостният акт на четене не е ограничен само в перцепцията и интерпретацията на символите, а това е съвкупност от перцепция, разбиране, интерпретация и използване [5].



При англоговорящи ученици от първи и втори клас са изследвани четенето и правописа като са използвани материали, състоящи се от думи и не-думи с различен правопис. Резултатите показват, че между точността при четене и правописа на едни и същи думи и не-думи има силна корелация още от ранните етапи на придобиване на грамотност (след около 4 месеца обучение) [7]. Подобна корелация е установена и от други изследвания [8]. Изследване на 170 италиански деца от първи и трети клас оценява грамотността им, чрез отчитане точността, скоростта и разбирането при четене, както и правописа им. Резултатите показват, че скоростта на четене е най-добрият показател за процеса на огромяване. Освен това правописът е най-стабилната мярка и оказва влияние върху разбирането на текст и скоростта на четене [6].

Процесът на четене се извършва, като се използват различни нервни пътища, които вървят паралелно и се подпомагат взаимно. Единият от тези пътища – сублексикалният (фонологичен), използва аналитична и последователна преработка (елемент по елемент) и е приоритет на лявата хемисфера. Единствено чрез него е възможно прочитането на глас на безсмислени, но произносими буквосъчетания (псевдодуми). Вторият независим неврален път – лексикалният, осигурява директен достъп на думата до семантичното ѝ съдържание, без анализ на графемо-фонемните съответствия. В тази холистична паралелна преработка се предполага, че участва и дясната хемисфера [1, 2].

Целта на изследването е търсене на различни стратегии при четене на едносрични и многосрични думи и не-думи (лексикална и сублексикална) като се отчитат скоростта при четене и броя правилно прочетени думи. Търсят се възрастови и полови различия.

Материал и методи

Изследвани лица:

Участват общо 1656 деца в начална училищна възраст от общообразователното училище, разделени в две възрастови групи. В малката група са включени 890 деца на възраст между осем и девет и половина години, изследвани в края на втори и в началото на трети клас. В голямата група има 766 деца на възраст между девет и половина и единадесет години, които са изследвани в края на четвърти и началото на пети клас. Изследването се проведе през 2012-2013 г.

Постановка и процедура на изследването:

Използвани се четири субтеста, които се дават последователно за четене на глас: 20 едносрични думи, 20 многосрични думи, 20 едносрични не-думи и 20 многосрични не-думи. Отчита се времето и броят на вярно прочетените думи и не-думи. Текстовете са подбрани в съответствие с възрастта на децата. Използваните думи балансирано са разпределени в зависимост от честотната им характеристика – ниско, средно и високочестотни. Включени са съществителни, прилагателни, глаголи, числителни, предлози, наречия, местоимения, съюзи. Не-думите са производни на използваните думи.

Резултатите по показател брой верни отговори и време за изпълнение на теста са изчислени като средно аритметично [4]. Постиженията на децата в групи според възрастта и пола се проследяват с многофакторен дисперсионен анализ ANOVA.

Дискусия

Анализът на IQтеста на Raven показва, че интелектуалното развитие на децата е в границите на нормата.

По-долу ще бъдат представени резултатите само от времето за изпълнение на четенето, тъй като този показател е свързан с използваната от децата стратегия при четене. За всеки от четирите субтеста е направен двуфакторен дисперсионен анализ за факторите пол и възраст. Направени са анализи по отделно за малките и за големите деца. И за двете възрастови групи не се наблюдават ясно изразени различия според

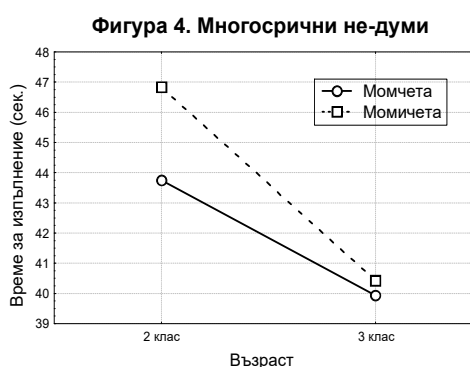
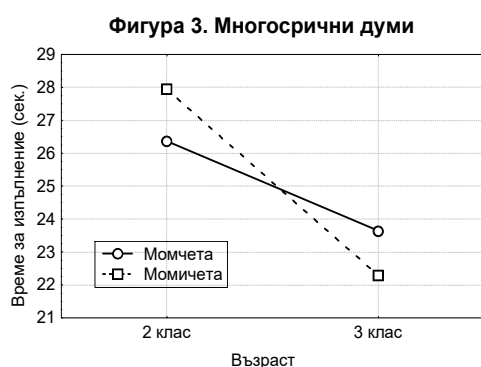
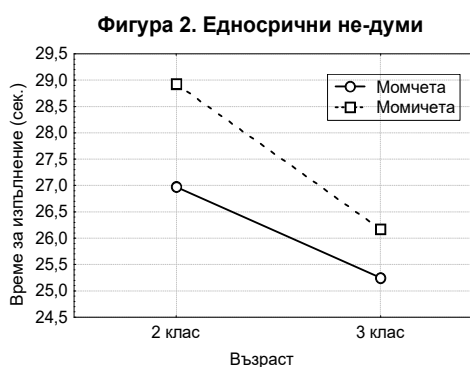
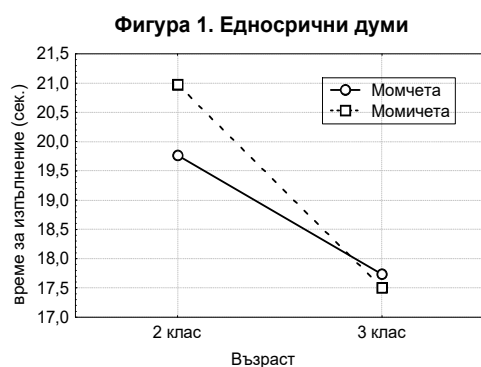


пола. Слаба статистическа значимост има само за четенето на едносрични не-думи в малката група за сметка на по-бързото четене при момчетата, както и за четенето на многосрични думи – при големите, за сметка на по-бързото четене при момчетата.

Интерес представляват статистическите данни по показателя възраст. За всеки от четирите субтеста – четене на едносрични и многосрични думи и не-думи, се наблюдава силна статистическа значимост за сметка на по-бързото четене при децата в началото на трети клас в сравнение с тези от края на втори клас (таблица 1, фигури 1-4).

Таблица 1. Данни от ANOVA за фактора „Възраст” при малката група - скорост за изпълнение

Субтест	df Effect	MS Effect	df Error	MS Error	F	p-level
Едносрични думи	1	1600,6	852	81,27	19,69	,000010
Едносрични недуми	1	1062,6	852	121,84	8,72	,003231
Многосрични думи	1	3718,8	852	142,00	26,19	,000000
Многосрични недуми	1	5553,7	852	344,85	16,10	,000065



При големите деца няма статистическа значимост между тези, които са изследвани в края на четвърти клас и изследваните в началото на пети клас.

Резултатите показват, че и при двете възрастови групи деца, за всички субтестове, стандартното отклонение е с високи стойности. Това означава, че скоростта при четене на думи и не-думи варира в твърде широк диапазон. Освен това при голямата група деца се съкращават както средното време за изпълнение на задачите, така и разсейването им (таблица 2).

Таблица 2. Време за изпълнение на субтестовите в секунди

Субтест	Малка група		Голяма група	
	средно	ст. отклонение	средно	ст. отклонение
Едносрични думи	18,8	9,1	15,2	6,0



Многосрични думи	24,8	12,1	20,8	9,1
Едносрични не-думи	26,6	10,9	21,6	8,2
Многосрични не-думи	42,4	18,7	36,4	13,1

При всеки от субтестовете има определен процент деца, чиито резултати по отношение на скоростта на четене са извън стойностите, обхванати от стандартното отклонение. При различните субтестове 10-13% от малките и 8-12% от големите деца четат твърде бавно за възрастта си. Тези деца би трябвало да се изследват с допълнителни тестове за уточняване на причините. Една малка част от децата (4-7%) са извън стойностите на стандартното отклонение, но в посока на извънредно бързо прочитане на думите и не-думите. Това са отличните четци.

Заклучение

Децата „отлични четци“ използват директна (лексикална) стратегия при четенето на думи и недуми. Основната част от децата от втори-трети и от четвърти-пети клас все още използват и двете стратегии директна (лексикална) и индиректна (сублексикална). Това е процес който продължава, докато директната стратегия вземе превес. Има и една група деца, при които скоростта на четене е изключително ниска, което означава, че те използват индиректната стратегия. Четенето при тях е в своята начална фаза на автоматизация, то е повече механичен процес.

Направените анализи показаха, че между децата в края на втори и в началото на трети клас има значими различия в скоростта на четене на думи и не-думи в посока на съкращаването ѝ при третокласниците. Подобен резултат не се наблюдава в подгрупите на големите деца. Това показва, че преходът от втори в трети клас е ключов момент в усвояването на писмената реч.

Библиография

- [1]. Асенова, И. (2009) Невропсихология, 223-229, ISBN 978-954-9382-50-1.
- [2]. Мавлов, Л. (2005) Алексии и аграфии, 55-57, ISBN 954-9458-07-9.
- [3]. Райчев, Р. и колектив (2012) Детска невропсихология, 86-96, ISBN 978-754-9365-36-8.
- [4]. Щетински, Д. (2005) Измервания и анализ в поведенческите и социалните науки, 71-75, ISBN 954-430-812-1.
- [5]. P. Ahuja, Ahuja, G.C. (2007) How to increase your reading speed, Sterling Publishers Ltd., 10-15, ISBN 978 81 207 17 978.
- [6]. Desimoni M. (2012) Predictive and concurrent relations between literacy skills in Grades 1 and 3: A longitudinal study of Italian children, Learning and Instruction, Vol.22, 5, 340–353
- [7]. Fletcher-Flinn C.M, D. Shankweiler, S.J. Frost (2004) Coordination of reading and spelling in early literacy development: an examination of the discrepancy hypothesis, Reading and Writing, 17 , 617–644.
- [8]. Kirmizi, F.S. (2009) The relationship between writing achievement and the use of reading comprehension strategies in the 4th and 5th grades of primary school, Procedia Social and Behavioral Sciences, 1, 230-234.

Информация за авторите

Д-р Йорданка Любомирова Лалова, Главен асистент, доктор по психология,
Институт за изследване на населението и човека – БАН,

Антоанета Лазарова Калонкина, Логопед, Логопедичен център – София,



ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА И АУТИЗЪМ

Маргарита Станкова, Полина Михова

Департамент Здравеопазване и социална работа, НБУ

Резюме: Разстройствата от аутистичния спектър са нарушения, които се проявяват в ранна детска възраст, като един от прототипите на тези разстройства е детският аутизъм. Основни характеристики са сериозни нарушения на комуникацията и човешките взаимоотношения, както и повтарящи се стереотипни действия.

Напоследък, редица автори публикуват данни и изследвания за нарушения и гастроинтестинални проблеми при децата с разстройства в аутистичния спектър.

Целта на настоящата статия е да представи изследване на хранителните поведения при деца с разстройства от аутистичния спектър и деца с типично развитие. Проучването е проведено между 33 деца с разстройство от аутистичния спектър и 36 деца без проблеми в развитието посредством онлайн анкета за поведения на хранене и въпросник за симптоми на аутизъм.

Ключови думи: разстройства от аутистичния спектър, стомашно-чревни симптоми, хранителни поведения

GASTROINTESTINAL DISORDERS AND AUTISM

Margarita Stankova, Polina Mihova

Department of Health and Social Work, NBU

Abstract: Autistic spectrum disorders are mental disorders that appear in infancy, whereas one of the prototypes of these disorders is autism. The key features are serious violations of social functioning and communication, and repetitive stereotyped actions.

Recently, a number of authors published data and research results on disorders and gastrointestinal problems in children with autistic spectrum disorders.

The purpose of this article is to present research on food behaviors in children with autistic spectrum disorders and children with typical development. The study was conducted among 33 children with autistic spectrum disorder and 36 children without developmental problems. The instruments for the study are online inquires, investigating eating behaviors and questionnaire for symptoms of autism.

Key words: autistic spectrum disorders, gastrointestinal symptoms, food behaviors

Въведение

Разстройства от аутистичния спектър могат да бъдат разглеждани като Системни нарушения, които се отразяват на множество съпътстващи медицински, емоционални и поведенчески прояви, при високо наличие на едновременно интернализирани /тревожност, депресивност/ и екстернализирани поведения /хиперактивност, автоагресивност, избухвания/, Hartley et al., 2008. Поведенческите и емоционални затруднения често влошават не само ежедневно функциониране и справянето с обкръжението /взаимоотношения с връстници и възрастни/, но биха могли да попречат и на когнитивното развитие, на научаването на нови факти, на ефекта върху прилаганите терапии. В светлината на изучаването на причините за аутизма и търсенето на нови практики за подпомагане, терапия и подобряване на функционирането на хората с разстройства от аутистичния спектър, някои автори смятат, че когато емоционалните и поведенчески проблеми са новопоявили се или във времето са се увеличили като тежест и честота, добре би било първо да се потърсят подлежащи медицински причини, Mazefsky, 2012. Buie et al., 2010 посочват като една



от най-честите медицински причини гастроинтестинални симптоми.

Гастроинтестинални симптоми при деца с разстройства от аутистичния спектър

Най-често съобщаваните гастроинтестинални проблеми при децата с разстройства в аутистичния спектър са болки в корема, хроничен запек, хронична диария, рефлукс, Adams et al., 2011. Някои изследователи предполагат, че гастроинтестиналните симптоми при децата с разстройства от аутистичния спектър се проявяват видимо с промени в емоциите и поведението, напр. раздразнителност, отказ за изпълнение на инструкции, агресия, автоагресия, тикове, ажитация, Carr, Owen-DeSchryver, 2007. Според Buie et al. 2010 лечението на гастроинтестиналните симптоми при децата с разстройства от аутистичния спектър е препоръчително, тъй като нелекувани, тези симптоми повишават риска от поява на проблемни поведения.

Гастроинтестинални симптоми при деца с разстройства от аутистичния спектър - някои проучвания:

- Maenner et al., 2012 изследват деца с РАС на 8 годишна възраст и установяват, че необичайните нарушения на съня, хранителни поведения и опозиционното поведение са значимо свързани с гастроинтестиналните нарушения. Авторите, обаче потвърждават, че тези нарушения са чести при децата с гастроинтестинални нарушения и без такива. Не се открива връзка с афективните нарушения.

- Голямо проучване на гастроинтестинални симптоми при деца с разстройства от аутистичния спектър /An Autism Treatment Network Study/ включва 1420 деца на възраст 2-18 години в САЩ и Канада. Изследват се поведенчески нарушения, проблеми със съня и гастроинтестинални проблеми. Използваните инструменти са Child Behavior Checklist (CBCL), Child Sleep Health Questionnaire (CSHQ) и Pediatric Quality of Life (PedsQL). Резултатите показват: гастроинтестинални проблеми са имали 1185 от децата; 45% от децата имат гастроинтестинални проблеми към момента на изследването - Болки в корема - 59%; Запек - 51%; Диария - 43%; Гадене 40%; Повръщане 31%; Подуване на корема - 26%; Гастроинтестинални нарушения са установени при 39% от децата под 5 годишна възраст и при 51% от децата над 7 годишна възраст; Децата между 1 и 5 години с гастроинтестинални симптоми имат по-висок сбор по CBCL въпросника за общи проблеми и емоционална реактивност, тревожност, депресивност, соматични оплаквания, проблеми със съня, интернализирани проблеми, афективни проблеми; Децата с гастроинтестинални симптоми на възраст от 6 до 18 имат по-висок сбор по CBCL за общи проблеми и за всички субскали; Проблемите със съня са по-чести при децата с гастроинтестинални симптоми; Децата с гастроинтестинални симптоми имат по-ниски резултати за качество на живот; Наличието на гастроинтестинални проблеми не се влияе от пола, типа на аутистичното разстройство, расата и коефициента на интелигентност. Изводите от това проучване са: Родителите на децата с разстройства от аутистичния спектър съобщават за повече гастроинтестинални нарушения при техните деца; Тези проблеми се увеличават с възрастта; Гастроинтестиналните симптоми се свързват значимо с поведенческите нарушения във всички групи и с нарушенията в съня.

- Nikolov et al., 2009 установяват връзка между гастроинтестинални нарушения и интернализирани проблеми при децата с РАС, напр. тревожност и раздразнителност. Участници в проучването са 172 деца между 5 и 17 години. Използвани инструменти – медицински документи; Резултати: Децата с гастроинтестинални симптоми не показват различия по отношение на адаптивното функциониране и тежестта на аутистичните симптоми. Децата с гастроинтестинални



симптоми показват повече раздразнителност, тревожност, социална отдръпнатост.

- Gorrindo et al., 2012 установява връзка между тежестта на симптомите на разстройства от аутистичния спектър и гастроинтестинални проблеми.
- Molloy, Manning-Courtney, 2003 изследват прояви на гастроинтестинални симптоми при деца с разстройства от аутистичния спектър – включени са 137 деца на възраст 24 -96 месеца. Използваните инструменти са медицински протоколи. Изводи: 24% от участниците имат история за поне един гастроинтестинален симптом; Не е установена връзка между гастроинтестиналните симптоми и регреса в развитието.
- Гастроинтестиналните проблеми при децата с разстройства от аутистичния спектър са свързани с по-висока сензитивност, Mazureket al., 2012.
- Гастроинтестиналните проблеми при децата с разстройства от аутистичния спектър са свързани с нарушения в съня, Maenner et al., 2001.

В обобщение от цитираните проучвания на честотата на гастроинтестиналните проблеми при деца с разстройства от аутистичния спектър може да се отбележи, че най-често срещаните симптоми са:

- **Хроничен запек**
- **Диария**
- **Болки в корема**
- **Рефлукс, кървави изпражнения, повръщане, газове.**

Възможни рискови фактори при децата с разстройства от аутистичния спектър за поява на гастроинтестинални оплаквания са: Фармакологично лечение; Генетични фактори; Нарушения в съня; Атипични поведения на хранене; Физическа активност.

Препоръките са свързани с възможности за добавяне към терапията на интервенции свързани с храненето, най-често насочени към промяна на диетата - увеличение на фибрите в храната, увеличение на течностите, промени в поведението/поведенчески техники/, увеличаване на физическата активност, медикаменти за подобряване на храносмилането.

Поведения на хранене

Децата с разстройства от аутистичния спектър често имат различни поведения на хранене. Те отхвърлят храни с определени характеристики – цвят, вкус, консистенция, често предпочитат много ограничени категории храни. Тези предпочитания могат да са обвързани и с ритуали по време на хранене. Резултати – недохранване, нарушение в растежа, липса на витамини и минерали, остеопения. Някои проучвания на особеностите на хранителните поведения при деца с разстройства от аутистичния спектър показват следните резултати:

- Archer et al., 1991 изследват хранителни поведения при деца с разстройства от аутистичния спектър, участват 436 деца на възраст 7 до 9.5 години. Използваните инструменти са - Children's Eating Behavior Inventory. Резултати – децата с разстройства от аутистичния спектър имат значимо повече проблемни поведения на хранене и се хранят с ограничен обем от храни в сравнение с децата с типично развитие.
- Badalyan, Schwartz, 2012 проследяват честотата и продължителността на особените хранителни поведения при деца с разстройства от аутистичния спектър. Методът включва 41 въпроса в онлайн интервю на родителите на 79 деца с аутизъм. Резултатите показват особени поведения при хранене, отказ да се опитат нови храни при децата с аутизъм. При тях се наблюдават също и повече запек и незадържане на фекалии.



- Bandini, Anderson, Curtin, Cermak, Evans, Scampini, Maslin, Must, 2010 изследват хранителната селективност, която е операционализирана като отказ от храна, лимитиран хранителен репертоар, висока честота на избор на една храна. Методът включва въпросник за честота на използвани храни и 3 дневен запис на храненето. Селективността е сравнена между 53 деца с РАС и 58 с типично развитие на възраст между 3 и 11 години. Резултатите показват, че децата с разстройства от аутистичния спектър показват по-често отказ от храна и повече лимитирани хранителни репертоари.

Препоръчителните съвети към управление на проблемните хранителни поведения включват:

- Установяване на режим;
- Избягване на целодневното хранене;
- Осигуряване на удобно обкръжение;
- Ограничаване на времето на хранене;
- Минимизиране на дистракторите.

Методика на проучването

Изследване на хранителните поведения при деца с разстройства от аутистичния спектър и деца с типично развитие

Участници:

- деца с разстройство от аутистичния спектър – 33
- Деца без проблеми в развитието – 36

Инструменти:

- Онлайн анкета за поведения на хранене;
- Въпросник за симптоми на аутизъм;

Резултати

Табл. 1 Средни стойности на точките за наличие на особености в Хранителните поведения и гастроинтестинални симптоми

	Деца с типично развитие n = 36	Деца с РАС n = 33	Ниво на значимост
Гастроинтестинални симптоми	0.8	2.01	<0.001
Хранителни поведения	.32	1.01	<0.001

Въпросите, свързани с гастроинтестинални симптоми включват най-често цитираните в литературата симптоми на храносмилателни нарушения при деца в норма и деца с разстройства от аутистичния спектър:

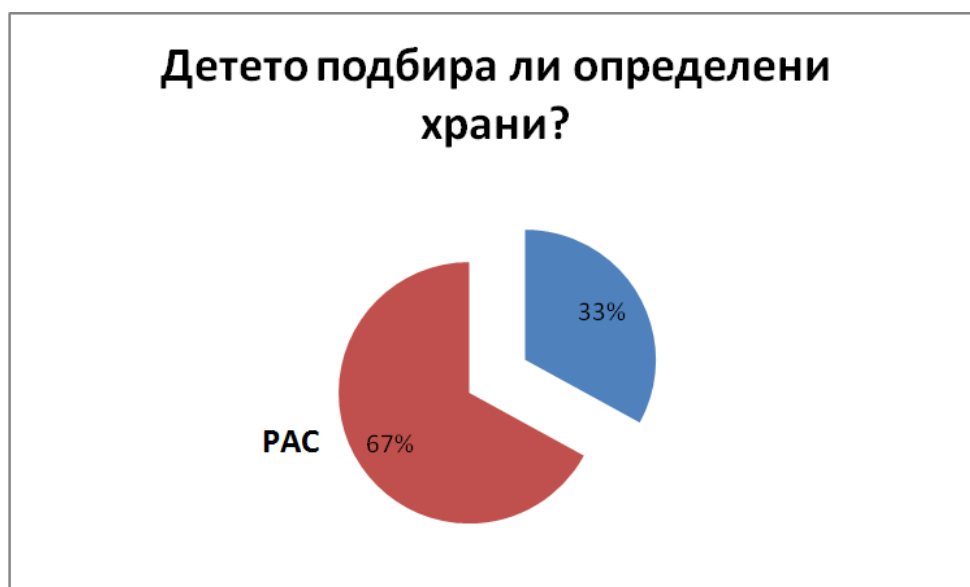
- болки в корема
- рефлукс
- диария
- запек
- подуване на коремчето



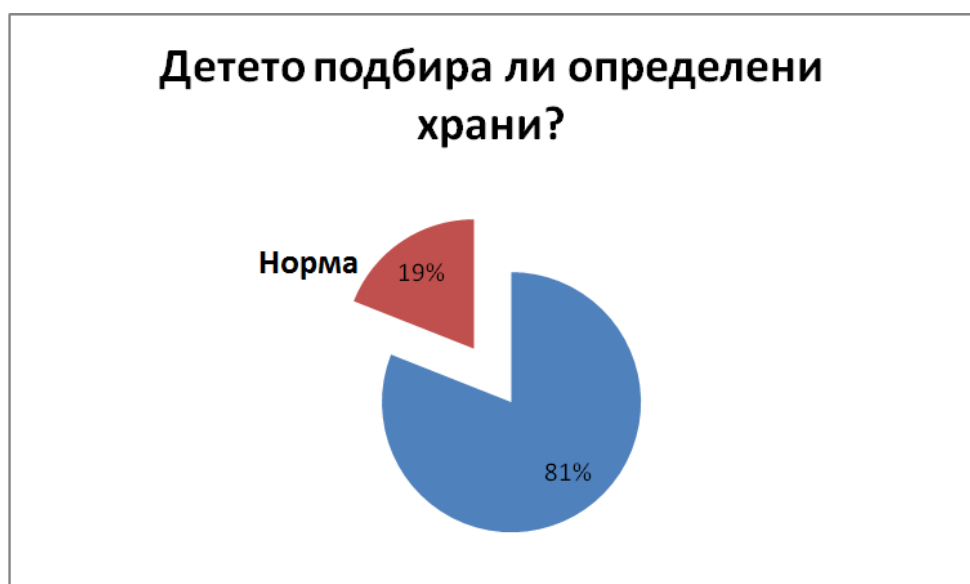
- куркане на червата
- усещане за бързо засищане
- лош дъх от устата

При изследване на хранителните поведения, при някои от въпросите се получиха следните резултати:

При въпроса „Детето подбира ли определени храни“, 67% от децата с РАС имат положителни отговори срещу само 19% от децата с типично развитие – фигура 1 и фигура 2.



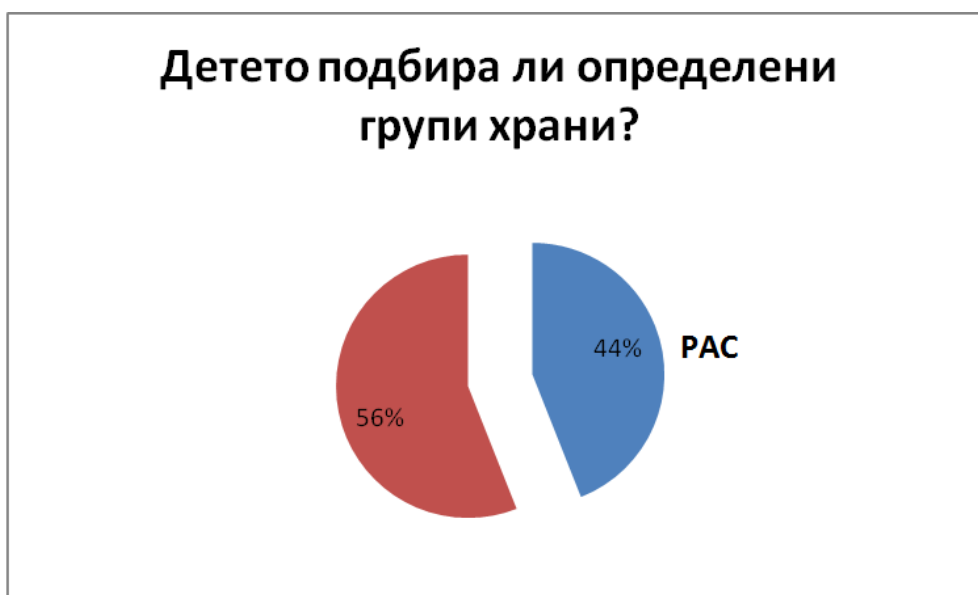
Фиг. 1 Процент на децата с РАС с положителни отговори за подбор на определени храни



Фиг. 2 Процент на децата с типично развитие с положителни отговори за подбор на определени храни



При въпроса „Детето подбира ли определени определени групи храни“, 44% от децата с РАС имат положителни отговори срещу 9% от децата с типично развитие – фигура 3 и фигура 4.

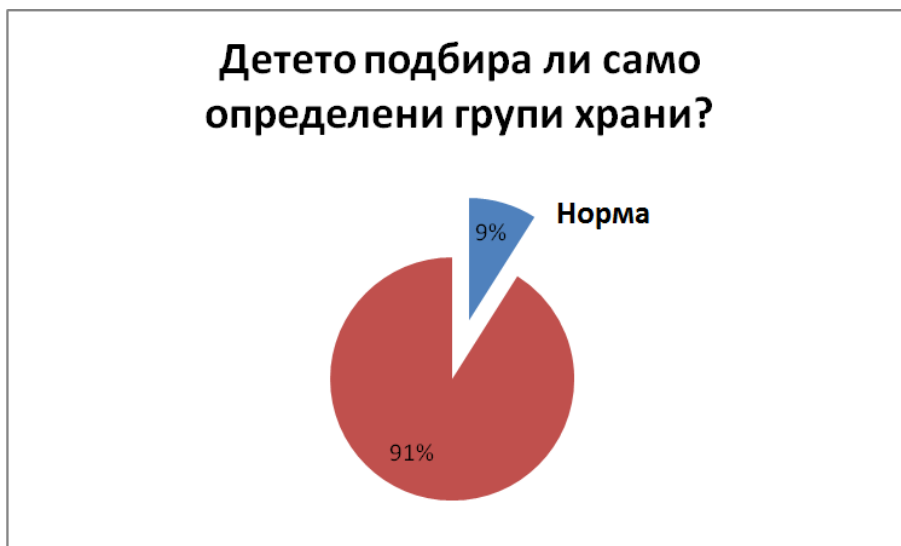


Фиг. 3 Процент на децата с РАС с положителни отговори за подбор на определени групи храни

Сред някои от отговорите са:

- Плодове
- Плодове и зеленчуци
- Месо сирене и кашкавал
- Не яде плодове, зеленчуци, месо
- Хляб, мляко
- Пържоли, цитруси, зеленчуци никакви
- Бисквити
- Хлебни изделия, сушени меса - без подправки
- Месо, сладко
- Месо
- Супи, кремове
- Тестените изделия
- Не яде никакви сурови плодове
- Месо, картофи, тестени храни



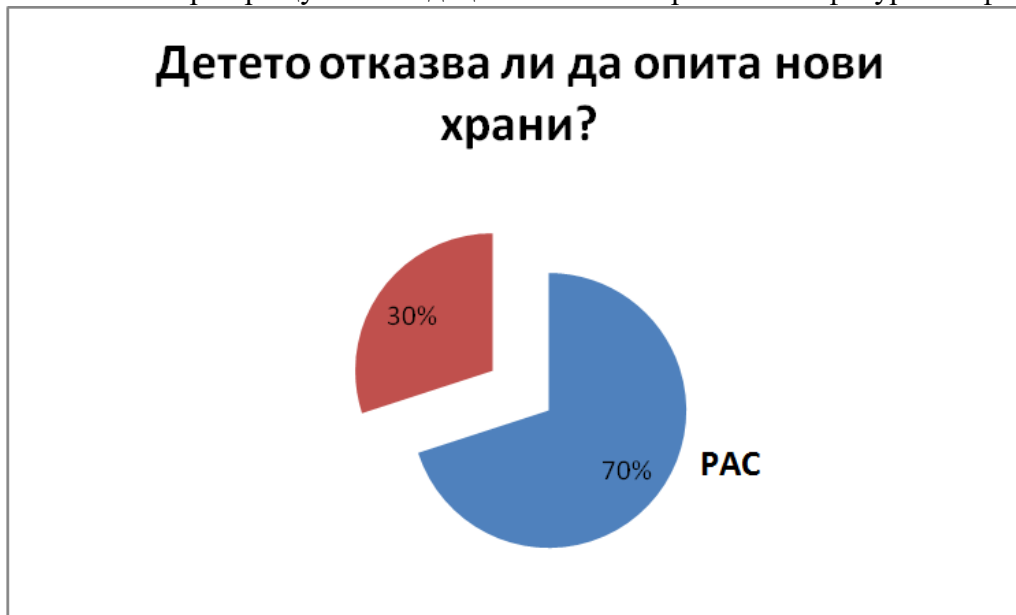


Фиг.4 Процент на децата с типично развитие с положителни отговори за подбор на определени групи храни

Сред изброените храни са:

- Плодове и зеленчуци
- Месо и тестени изделия

При въпроса „Детето отказва ли да опита нови храни“, 70% от децата с РАС имат положителни отговори срещу 24% от децата с типично развитие – фигура 5 и фигура 6.



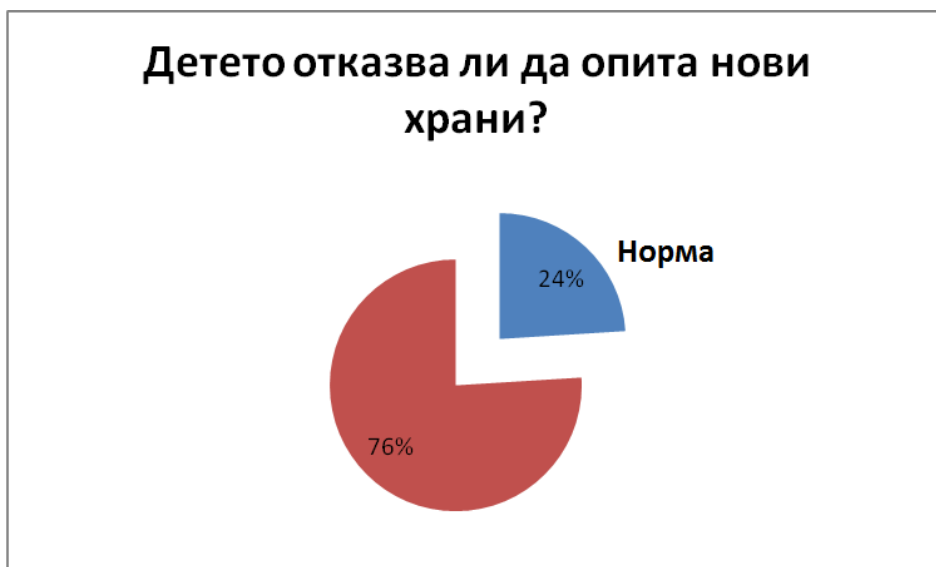
Фиг. 5 Процент на децата с РАС с положителни отговори за отказ да опита нови храни

Сред изброените от родителите поведения, свързани с опитване на нови храни при децата с РАС са:

- Трябва му време да приеме нова храна, като не е сигурно, че изобщо ще я приеме
- Отказва картофи, боб, леща, грах, царевича
- Всякакви



- Всичко което му е непознато, няма проблем с вкуса, колкото чисто визуално, че е нещо, което не е ял.
- Всяка непозната храна
- Ако не ѝ харесват на външен вид и цвят
- Странно изглеждащи
- Мнителна е към всякакви непознати храни /освен към junk food/
- Нови плодове и зеленчуци
- Червени на цвят
- Манджи, меса



Фиг.6 Процент на децата с типично развитие с положителни отговори за отказа да опитва нови храни

Сред изброените от родителите поведения, свързани с опитване на нови храни при децата с типично развитие са:

- Плодове- смокиня, тиква, пъпеш
- Такива, които не харесва на външен вид
- Чушки
- Ако са с по-специфичен цвят - например зелено или червено.
- Да - със сосове и супи

Заклучение

В проведеното изследване се установи, че децата с растройства от аутистичния спектър имат повече гастроинтестинални симптоми, сред които болки в корема, куркане на червата, запек, диария, рефлукс. По отношение на особеностите в хранителните поведения, децата с растройства от аутистичния спектър показват повече подбор на храни, подбор на определени групи храни, отказ да се опитат нови храни. В анализа на тези поведения трябва да се отбележи, че сравнително голям брой деца с типично развитие показват отказ от опитване на нови храни, а също и факта, че вероятно голяма част от особеностите на хранителните поведения могат да се дължат на поведенчески симптоми, а не на нарушения на храносмилателната система.



Библиография

- [1]. Adams, J. B., Johansen, L., Powell, L. D., et al. (2011) Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism—comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC Gastroenterology* 11(22): 1–13
- [2]. Archer, L. A., Rosenbaum, P. L., Streiner, D. L. (1991). The children's eating behavior inventory: Reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(5), 629–642
- [3]. Badalyan, V., Schwartz, R. H., Mealtime feeding behaviors and gastrointestinal dysfunction in children with classic autism compared with normal sibling controls, *Journal of Pediatrics*, 2012, 2, 150-160
- [4]. Bandini, L. G., Anderson, S. E., Curtin, C., Cermak, S. Evans, E. W., Scampini, R., Maslin, M., Must, A., Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorders and Typically Developing Children *J Pediatr.* 2010 August ; 157(2): 259–264
- [5]. Buie T, Campbell DB, Fuchs GJ III, et al. (2010) Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report. *Pediatrics* 125(1): S1–S18.
- [6]. Carr, E. G., Owen-DeSchryver, J. S. (2007) Physical illness, pain, and problem behavior in minimally verbal people with developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37(3): 413–424
- [7]. Gorrindo P, Williams KC, Lee EB, et al. (2012) Gastrointestinal dysfunction in autism: parental report, clinical evaluation and associated factors. *Autism Research* 5: 101–108
- [8]. Hartley, S. L., Sikora, D. M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (10), 819–829
- [9]. Ibrahim, S. H., Voigt, R. G., Katusic, S. K., Weaver, A. L., Barbaresi, J. (2009). Incidence of gastrointestinal symptoms in children with autism: A population based study. *Pediatrics*, 124, 680–686
- [10]. Mazefsky CA (2012) Managing problem emotions and behaviors in children with ASD: an assessment-driven three-step approach. *Perspectives on Language Learning and Education (Autism special issue)* 19: 38–47
- [11]. Mazurek, M.O., Vasa, R.A., Kalb, L.G., et al. (2012) Anxiety, Sensory Over-Responsivity, and Gastrointestinal Problems in Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Aug 1: 1-12
- [12]. Maenner, M. J., Arneson, C. L., Levy, S. E., Kirby, R. S., Nicholas, J. S., Durkin, M. S., Brief report: Association between behavioral features and gastrointestinal problems among children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2012 Jul;42(7):
- [13]. Molloy, C. A., Manning-Courtney. (2003). Prevalence of chronic gastrointestinal symptoms in children with autism and autistic spectrum disorders. *Autism*, 7, 165–171
- [14]. Nikolov, R. N., Bearss, K. E., Lettinga, J., et al. (2009) Gastrointestinal symptoms in a sample of children with pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39(3): 405–413
- [15]. Schreck, K. A., Mulick, J. A., & Smith, A. F. (2004). Sleep problems as possible predictors of intensified symptoms of autism. *Research in Developmental Disabilities*, 25,57–66
- [16]. Valicenti-McDermott, M. D., McVicar, K., Cohen, H. J., Wershil, B. K., Shinnar, S. (2008). Gastrointestinal symptoms in children with an autism spectrum disorder and language regression. *Pediatric Neurology*, 39 (6), 392–398

Информация за авторите:

доц. д-р Маргарита Станкова – Директор на Център за терапия на комуникативни и емоционално-поведенчески нарушения, лектор в НБУ, бул. Монтевидео N 21, София, 1618, България;

Основни области на интерес: нарушения в развитието, комуникативни нарушения, психични разстройства.

глас.д-р Полина Михова – лектор в НБУ, бул. Монтевидео N 21, София, 1618, България; e-mail:

Основни области на интерес: телемедицина, медицинска информатика и терминологичен апарат, внедряване на информационни системи в медицината и здравеопазването.



СПОРТЪТ КАТО СРЕДСТВО ЗА ТЕРАПИЯ НА ДЕЦА С КОМУНИКАТИВНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА

Иван Неделчев, Полина Михова

Департамент Здравеопазване и социална работа, НБУ

Резюме: Настоящата статия дискутира развитието на спорта като средство за активно подпомагане на физическата и интелектуална рехабилитацията като неизменна част от цялостната терапевтична програма.

Фразата *mens sana in corpore sano* (здрав дух в здраво тяло) е известен латински цитат на римския поет Ювенал от първи и втори век, който се тълкува в смисъл, че е необходим здрав организъм, който да поддържа здрав дух. От друга страна, в медицинското списание *Annals of Internal Medicine* се изтъква ролята на адаптираната физическа активност в защита по отношение развитието и поддържането на мозъчната структура и функции, както и ролята на спортни упражнения в напреднала възраст за редуциране риска от деменция и болест на Алцхаймер.

Римският лекар Гален (129-210 г.) е очевидно най-ранният източник за описване на здравословните ползи от упражняване в прочутия си труд *De Sanitate Tuenda* (преведен от Green 1951). [12]

Ключови думи: спорт, психология, терапия, АФА

SPORT AS A MEANS OF THERAPY FOR CHILDREN WITH COMMUNICATION AND BEHAVIORAL DISORDERS

Ivan Nedelchev, Polina Mihova

Department of Health and Social Work, NBU

Abstract: This paper discusses the development of sport as a means to actively support the physical and intellectual rehabilitation as an integral part of the overall treatment program.

The phrase *mens sana in corpore sano* (a healthy mind in a healthy body) is famous Latin quote the Roman poet Juvenal first and second century, which is interpreted that requires a healthy body to maintain a healthy spirit. On the other hand, in the medical journal *Annals of Internal Medicine* highlights the role of adapted physical activity in defense of the development and maintenance of brain structure and function, and the role of sports exercise in old age to reduce the risk of dementia and Alzheimer's disease.

The Roman physician Galen (129-210g.) is apparently the earliest source for describing the health benefits of exercise in his famous work *De Sanitate Tuenda* (translated by Green 1951). [12]

Keywords: sports, psychology, therapy, ASA

Въведение

Спортът по дефиниция на Европейската харта на спорта е: „всяка форма на физическа дейност, която чрез организирано или неорганизирано участие има за цел изразяването или подобряването на физическата и психическа годност, развиването на социални отношения или постигането на спортни резултати на всички нива“. Думата *спорт* води началото си от френското *desport*, което означава буквално „свободно време“. Най-старото определение на спорт в английски език (1300 г.) е „всичко, което хората намират за забавно или развлекателно“.

Според СЗО и Fact sheet N°352/Reviewed September 2013 над един милиард души или около 15% от населението на света имат някаква форма на увреждане. Между 110 милиона и 190 милиона възрастни имат значителни трудности при функциониране, а едно на всеки 10 деца вече страда от някакаво нарушение в развитието.

Същевременно, рехабилитацията е в основата на социалната интеграция на децата с някакво психическо или физическо нарушение в здравния статус. Отново позовавайки се на Световната здравна организация (СЗО): “Рехабилитация е активен процес, целта на който е достигане и възстановяване на нарушения вследствие



заболявания или травми. Ако това е невъзможно – оптимална реализация на физическия, психическия и социален потенциал на инвалида и намиране на адекватен интеграционен модел за него в обществото”.

Материал и метод

Рехабилитацията се провежда в учреждения, в които се извършва комплекс от медико-социални и професионално-педагогически мероприятия. Те се подразделят на следните аспекти:

1. Социалният аспект обхваща въпроси, свързани със: законодателството и социалната политика, социалните фактори, влияещи на развитието на болестта, социалното обезпечаване и др.

2. Медицинският аспект обхваща всички, въпроси свързани с: лечебно, лечебно диагностичен и лечебно – профилактичен план

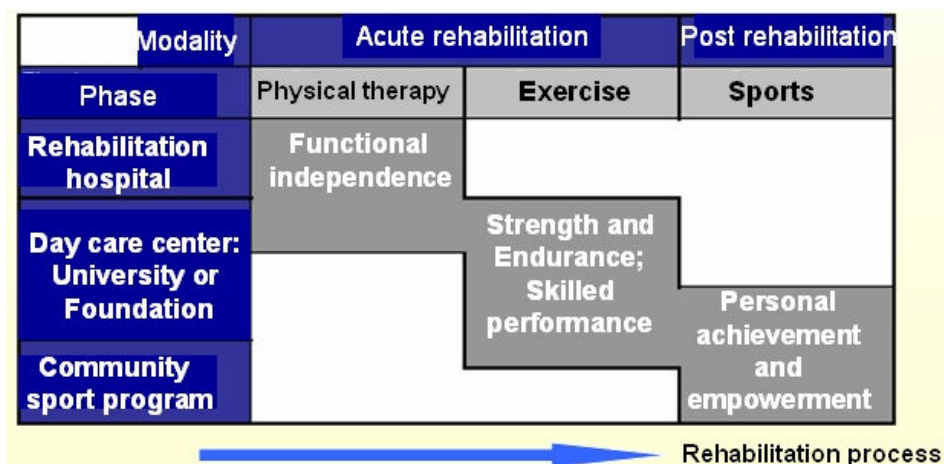
3. Физическият аспект обхваща всички въпроси, свързани с: физическата дееспособност (ЛФК, АФА, физиотерапия, механотерапия и др.), с повишаване на работоспособността и др.

4. Педагогическият аспект обхваща всички въпроси, свързани с: образованието, възпитанието и професионалната ориентация на децата с увреждания

5. Психологическият аспект обхваща всички въпроси, свързани с: психическата адаптация към изменящите се жизнени условия в резултат на болестта, профилактика и лечение на развиващите се патологични психични изменения и др.

6. Професионалният аспект обхваща всички въпроси, с: овладяването на адаптирани професии, обвързани с възможностите на отделния индивид и др.

7. Икономическият аспект обхваща всички въпроси, свързани с: изучаване на икономическият апарат при различните способности на възстановително лечение, формата и методите на рехабилитация при планирането на медицински, социални и икономически мероприятия и др. [6]



Фиг.1: Здравен модел за промоция на АФА в рехабилитация[11]

При прилагането на специфични подвижни игри се цели да се укрепи здравето и да се закали организма на детето, чрез подобряване на физическото развитие и дееспособност, обогатявайки го посредством създаване на личен двигателен опит и култура и придобиване на определени знания, двигателни умения и навици. Ползите се състоят в създаване на комплексен строеж на самата игра, която въздейства основно върху социалния елемент и вземането на решения; въвеждането на разнообразие от



движения допринася за развитие на моторика и координация надвиженията с усъвършенстване на – ловкост, гъвкавост, бързина, издръжливост, сила и не на последно място емоционален фактор – преживяване на силни емоции. [10]

Адаптираната физическа активност (АФА) е трансдисциплинарна теория и практика, свързана с установяване и трайно поддържане активността в живота на хората с увреждания. Тя представлява уникална функция, структура, облик, изискваща специализирани познания за:

- Промени, необходими за постигане на достъпност
- Приобщаване и интеграция, благополучие, двигателно усъвършенстване, окуражаване и себеутвърждаване.

Показанията за приложение на АФА са психически отклонения, физически нарушения, сензорни заболявания, заболявания на дихателната, сърдечно-съдовата и други системи, лица в неравностойно социално положение, както и за хора в напреднала възраст.

Прилагаме и цитат от Закона за интеграция на хората с увреждания, където :

Индивиди с увреждания:

а. „Увреждане“ е всяка загуба или нарушаване в анатомичната структура, във физиологията или в психиката на даден индивид

б. „Човек с трайно увреждане“ е лице, което в резултат на анатомично, физиологично или психическо увреждане е с трайно намалени възможности да изпълнява дейности по начин и в степен, възможни за здравия човек, и за което органите на медицинската експертиза са установили степен на намалена работоспособност или намалена възможност за социална адаптация 50 и над 50 на сто.

2. Индивиди със заболявания:

- нарушения във функциите на вътрешните органи, които ограничават функционалния им капацитет – затлъстяване, диабет, исхемична болест на сърцето, хипертонична болест, бронхиална астма и др.;

- сензорно – моторни – свързани с функциите на нервната и мускулна система – увреждания на гръбначния и главен мозък и др.

- психосоциални нарушения – свързани с разстройства в емоционалните и социални взаимоотношения – аутизъм, шизофрения, анорексия, булимия и др.

4. Индивиди с инвалидности и ограничения

В България Адаптираната физическа активност (АФА) се преподава в Националната Спортна Академия, и е включена в Европейския образователен курикулум като специализация в директория “Спортни науки”. Тя е свързана с двигателната активност и спорта за хора с различни ограничения и увреждания. Изучаваната специалност има интердисциплинарен характер и включва научни познания и практики от редица области като: специална педагогика и психология, физиология, медицина, физическо възпитание, спорт, рекреация, фитнес, танци, рахабилитация и др. за социалната група граждани в неравностойно положение.

Съществуват няколко вида корекционна дейност, която се реализира посредством спортната терапия.

При физическата корекционна дейност се следят физическото развитие - маса и дължина на тялото, нарушения в опорно-двигателния апарат, нарушения в основните движения, нарушения в дихателната система и нарушения в сърдечно-съдовата система и др. Отделя се внимание на физическите качества като сила, бързина, издръжливост, гъвкавост и ловкост и координацията с отделните характеристики като симетрични и асиметрични движения, точност, ритмичност и пластичност на движенията, ориентация, равновесие, бързина на реакцията и съгласуваност на организма при



извършване на движения и др.

При психическа корекционна дейност се наблюдава на познавателната, творческа и речева активност, зрително, слухово и кинематично възприятие и внимание, фината моторика, двигателната памет и чувство за ритъм и ритмичност.

В специализираните центрове в страната се извършва лечебна физкултура, спортни занимания, придобиване знания за функции на човешкото тяло и превенция на здравето, приучаване към здравословен начин на живот и закалителни процедури.

Например, обучението по плуване се провежда в две основни насоки:

- оздравително плуване - предназначено за здрави лица от всички възрасти и отклонение в здравият статус (гръбначни изкривявания, наднормено тегло и др.

- адаптирано (модифицирано) плуване - за лица с увреждания от всички възрасти и нозологични групи (група инвалидност – зрителни, слухови, двигателни, ментални

Спортните заниманията се провеждат от квалифицирани специалисти по адаптирана физическа активност и спорт за лица с увреждания и отклонения в здравият статус, притежаващи познания по медицина, рехабилитация и спорт.

Всички спортни занимания се провеждат въз основа на индивидуалните потребности на занимаващия и се адаптират според функционалните му възможности, като се съставят персонални програми и се използват съвременни методики в областта на водната рехабилитация.[3]

Заклучение

Всички процедури се провеждат в малкото за страната и децата с проблеми в развитието специализирани зали и центрове за рехабилитация, като същевременно в Доклад, базиран на данни от 53 страни, Световната здравна организация съобщава още, че 27% от 13-годишните и 33% от 11-годишните деца са с наднормено тегло.

Спортът е потребност за всички деца, независимо дали са в неравностойно положение по един или друг признак, и освен с терапевтични цели, това е един от успешните, проверени във времето методи, който отчита добри резултатит по отношение социализиране и развитие на двигателни и комуникативни техники.

Библиография

- [1]. nbu.bg [посетен на 07.01.2015]
- [2]. <http://www.nsa.bg/>[посетен на 07.01.2015]
- [3]. <http://parasportclub.org/>[посетен на 07.01.2015]
- [4]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [посетен на 07.01.2015]
- [5]. Гикова М., Аракчийски З., Сравнителен анализ на походката при лица със синдром на Даун и Аутизъм, Международен научен конгрес СПОРТ, СТРЕС, АДАПТАЦИЯ, 23-25 април 2012, София, България
- [6]. Милева Е, Андреас Ст., Роля на обучението по физическо възпитание и спорт за личностното и двигателното развитие при деца с Аутизъм, Личност.Мотивация.Спорт, Том13 – втора част, НСА ПРЕС, С, 2008
- [7]. Александрова В., Адаптирана физическа активност, Спорт & наука, кн.1., 2013
- [8]. Хаса Иб., Мутафова-Заберска Ю., Активната физическа дейност като терапия при лица аутисти, Спорт & наука, бр.6., 2012
- [9]. İLKER YILMAZ, MEHMET YANARDA, BÜNYAMIN BIRKAN, GONCA BUMIN, Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism, Pediatrics International (2004) 46 , 624-626
- [10]. Крайджикова Л., Н.Маврудиева, Н.Генчева, Подвижни игри в кинезитерапията в детско-юношеска възраст, ISBN 978-954-718-221-9, НСА, София, 2007
- [11]. Hutzler Y. 2010. Sports (Adapted Physical Activity and Sport in Rehabilitation). In: JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/12/>[посетен на 07.01.2015]

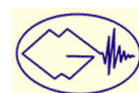


гл.ас.д-р Полина Михова – лектор в НБУ, бул.Монтевидео N21, София, 1618, България;

Основни области на интерес: телемедицина, медицинска информатика и терминологичен апарат, внедряване на информационни системи в медицината и здравеопазването.

гл.ас.д-р Иван Неделчев – лектор в НБУ, бул.Монтевидео N21, София, 1618, България; e-mail:

Основни области на интерес: спортна психология, културизъм и фитнес



МОДЕЛИ НА СПОРТНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ЗА ДЕЦА С НАРУШЕНИЯ ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР

Полина Михова, Иван Неделчев

Департамент Здравеопазване и социална работа, НБУ

Резюме: Разстройствата от аутистичния спектър представляват сериозно увреждане на развитието, което засяга способността на детето да общува, да създава и поддържа отношения с околните, както и да реагира адекватно.

Характеристиките на този вид разстройства обикновено се появяват преди 3-годишна възраст. Разстройството имат честота около 5 момчета : 1 момиче и според Центровете за контрол и превенция на заболяванията, САЩ на всеки 45 деца 1 е диагностицирано с някакъв вид отклонение.

В статия на сдружение Autism speaks [13], където членуват общо 28 000 родители на деца с нарушения от аутистичния спектър е направена класация на топ 8 терапевтични схеми, които повлияват най-успешно върху децата: 1. Трудотерапия - 39%; 2. Логопедия - 27%; 3. АВА терапия - 15%; 4. Уроци по социални умения - 8%; 5. Конна езда - 2%; 6. GFCF Диета - 2%; 7. психиатър / Психолог сесии - 2% и 8. Друг вид спорт – аквааеробика, катерене, сърфване, (по 1 %).

Ключови думи: аутистичен спектър, психология, спортна терапия

MODELS OF SPORTS REHABILITATION FOR CHILDREN WITH ABNORMALITIES IN AUTISTIC SPECTRUM

Polina Mihova, Ivan Nedelchev

Department of Health and Social Work, NBU

Abstract: Autism Spectrum Disorders are serious developmental disabilities that affect child's ability to communicate, to establish and maintain relationships with others and to respond appropriately.

The characteristics of this kind of disorders usually occur before the age of 3 years. The disorder has a frequency of about 5 boys to 1 girl, according to the Centers for Control and Prevention of Disease United States every 45 children 1 is diagnosed with some type of deviation.

In an article of Autism speaks association [13], which has total membership of 28,000 parents of children with autism spectrum disorders is made ranking of the top 8 regimens that affect most successfully on children: 1. occupational therapy - 39%; 2. Speech Therapy - 27%; 3. ABA therapy - 15%; 4. Lessons in social skills lessons - 8%; 5. Horse Riding - 2%; 6. GFCF Diet - 2%; 7. Psychiatrist / Psychologist sessions - 2% and 8 Other sports - aqua, climbing, surfing (1%).

Keywords: autistic spectrum psychology, sports therapy

Въведение

Трите основни симптома на диагнозата Аутизъм според класификациите на психичните заболявания МКБ-10 и ДСМ-IV са:

1. Нарушението на социалните взаимоотношения:

- неспособност на пациента да управлява социалните си контакти чрез невербално поведение (социална усмивка, мимика, зрителен контакт)
- неспособност за установяване на отношения с връстници (силно изразена липса на интерес към връстници, липса на приятелства)
- несподеляне на интереси или чувства с другите (не посочва интересни неща на другите)
- липса на социално-емоционална обвързаност с другите (неуместно поведение в социални ситуации; липса на емоционални реакции, например утешаване; изглежда така, сякаш използват другите като предмети)

2. Нарушенията на речта и езика:

- речта липсва или е неразбираема за околните



- липсва компенсация на вербалната реч чрез мимика или жестове, липсва спонтанна имитация на действията на другите
- стереотипни, повтарящи се, своеобразни изрази, както и неологизъм, ехолалия, изговаряне на мисли на глас

3. Повтарящи се, стереотипни действия са:

- стереотипни, необичайни действия или тясно ограничени специални интереси (ритуали, фиксирано наблюдаване на движещи се обекти)
- стереотипни и повтарящи се маниеризми (въртене на пръсти пред очите, люлеене върху стол, подскачане)
- занимание с части от обекти или нефункционални елементи от обекти (като колела на детски колички, очи на кукли) или необичаен интерес към аспекти на сетивата: фиксиране към определен мирис, вкус, докосвания.

Успешните интервенции в момента са насочени към поведенчески техники, като важна тяхна характеристика е, че не са концентрирани изцяло върху детето, а засягат и неговата среда, която учи как да се справя със странностите на аутистичното дете. Терапия, която успешно третира трите основни симптома засега не е известна.

Рехабилитационните дейности в специализирани центрове в страната, които предлагат терапия за деца с разстройства от аутистичния спектър са:

- лечебна физкултура;
- спортни занимания;
- придобиване на знания за функции на човешкото тяло и превенция на здравето;
- приучаване към здравословен начин на живот;
- закалителни процедури.

Отделно се разработват програми със специализирани упражнения, които включват:

1. Упражнения и игри за концентрация на вниманието
2. Упражнения и игри за координация и равновесие от различни изходни положения
3. Упражнения и игри за мускулна сила и издръжливост
4. Упражнения и игри за ловкост, гъвкавост и ритъм
5. Упражнения във водна среда
6. Прилагане на тренировъчна програма по плуване за деца с аутизъм
7. Двигателен тест „Количка“

Конкретните задачи пред спортния педагог за деца с нарушения от аутистичния спектър са: укрепване на отслабените мускули и подобряване общата издръжливост, равновесието и координацията, текуща работа върху походката на детето с подобряване ловкостта, подпомагане развитието на пространствената ориентация, засилване на концентрацията на вниманието, намаляване на тревожността и снижаване честотата на депресивните състояния чрез подобряване на социалната комуникация

Опитът на различни академии по света

Yale Child Study Center е център, обединяващ множество дисциплини с цел подпомагане на разбирането на проблемите на деца с различни комуникативни и поведенчески нарушения, както и живота на техните семейства. Сред многото дисциплини, които се практикуват са детска психиатрия, педиатрия, генетика, невробиологията, епидемиология, психология, социални дейности и спортна терапия.

Мисията на Yale Child Study Center е подобряване психичното здраве на децата и семействата им, чрез предварително проучване и разбиране на техните



психологически нужди относно лечение и профилактика чрез интегриране на научните изследвания, клинична практика, както и професионално обучение.

Спортната рехабилитация, която те прилагат в своята практика включва:

- Създаване на игрови и спортни предизвикателства пред децата с нарушения от аутистичния спектър
- Разработване на методики със спортен елемент, целящи създаване на социални контакти с висока интензивност
- Изграждане на взаимоотношения при съревнование и екипна дейност
- Обучение по отношение на спортна и двигателна култура, целяща развитие и на когнитивната гъвкавост

Center for Autism and Applied Behavior Analysis, Caldwell University цели да осигури ефективна намеса въз основа принципите на извършване на предварителен анализ на поведението на индивиди с нарушения от аутистичния спектър и свързаните с това нарушения, за да се подготвят експерти следващо поколение - лидери в областта, които да прилагат освен теоретични и доказани във времето изследвания, както и иновативни подходи, отразяващи невъзможността на индивидите да се социализират по традиционния начин. [1]

Основна цел на Центъра е да се разработи методика за рехабилитация, която активно да въздейства и на социално-значимите елементи от поведението, като приоритетна линия е спортната и двигателна култура.

Техните инициативи са свързани със сензориката, разработване на индивидуални програми, които стимулират фината моторика, както и работа с интерактивни дъски и писане на клавиатура, в съчетание с развитие на орално моторните дейности. [2]

В изследване, проведено в рамките на 10 седмици, посветено на ефектите от обучението по плуване върху двигателната култура и здравословното състояние и поведение при деца с нарушения в аутистичния спектър, се установява, че: балансът, скоростта, бързината и мощността са качествено и количествено увеличени. Също така, мускулната сила на горните и долни крайници, гъвкавостта и издръжливост са повишени като показатели спрямо измерените преди стартиране на уроците по плуване. (Table 1).

Ориентацията във вода се оценява чрез контролен лист, като резултат от експеримента е установено, че детето се ориентира към водата много по-бързо и без притеснение след преминалото обучение в басейн (Fig.1). След хидротерапията, размерът на стереотипните аутистични движения (люлеене и забавена ехолалия) намалява (Table 2). [10]

Table 1 Physical fitness scores before and after training

Fitness tests	Before	After
Peak VO2 (mL/kg/min)	20.33	20.69
Grip strength (kg)	9.4	12
Shoulder flexion strength (right) (kg)	10.1	13.2
Shoulder flexion strength (left) (kg)	8.3	11.2
Knee extension strength (right) (kg)	15.1	24.3
Knee extension strength (left) (kg)	12	15.1
Body lateral flexion (right) (cm)	10	14
Body lateral flexion (left) (cm)	9	12
Body hyperextension (cm)	9	29
Sit and reach (cm)	-5	0
Balance – open eyes (right) (s)	12.9	46.19
Balance – open eyes (left) (s)	8.92	21.16
Balance – close eyes (right) (s)	12.72	16.59
Balance – close eyes (left) (s)	2.33	10.69
Agility (thrust) (point)	10	13
Standing broad jump (cm)	104	110
Running 22.86 m (s)	7.47	5.88

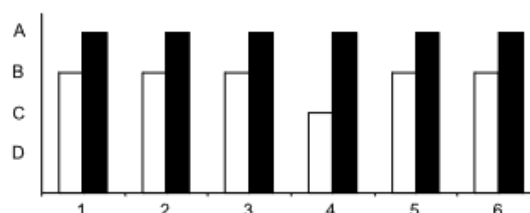


Fig.1 Measuring water orientation. 1, Walks to pool; 2, touches water; 3, enters pool; 4, sits etc. in pool; 5, blows bubbles; 6, face submersion. A, spontaneous; B, voluntary; C, manipulation; D, objection.



Table 2 Autistic behaviors of the case over a 45 minute before and after swimming training

	Duration of stereotypical movements			No reaction to stimuli (number)
	swinging	spinning	delayed echolalia	
Before hydrotherapy	7 min	2 min	4 min	12
After hydrotherapy	5 min	0 min	2 min	6

Подобни резултати се наблюдават и при експеримент с водна гимнастика на български спортни терапевти, чиито изследвания са представени на Фиг.3

Име	Увереност		Положителни емоции, свързани с водата - смех, явяване за действие		Плукане с помощта на учителя	
	Начало	Край	Начало	Край	Начало	Край
Е.Г.	не	да	да	да	не	да
Т.Л.	да	да	да	да	не	да
С.М.	не	да	не	да	не	да
В.М.	не	да	не	да	да	да
В.Д.	не	да	не	да	не	да

Фиг.3. Оценка на емоционалната нагласа и двигателните възможности на децата преди/след занимания по плуване [7]

Заклучение

Лечения и терапевтични подходи за аутизъм се появяват в професионалния и популярната преса редовно. За съжаление, ефикасността на много от тези интервенции се основава на индивидуалните убеждения, често подкрепени с по-малко наука или данни.

В контраст, добре контролираните и валидирани изследвания са доказали, че има някои интервенции, които са доста ефективни и създават условия да се придобият нови умения, така и да се редуцират поведенческите нарушения.

Най-подплатени като фактология данни за резултати към днешна дата се въртят около програмите за лечение на базата на науката за приложен поведенчески анализ.

Никоя от интервенциите и методиките не предлага решение, което да гарантира моментални успехи и резултати, за това би било препоръчително комбинация от различни схеми, като не се изключва, а дори напротив – поставя акцент и на спортно-двигателния режим.

Използвана литература

- [1]. A Review of Sensory Integration Therapy as a Treatment For Autism, Elizabeth Kraljic Evelyn Agrusti Joanne Tasy Caldwell College Graduate Program In Applied Behavioral Analysis, <http://www.caldwell.edu/>, <http://www.caldwelluniversityautismcenter.org/publications.php>
- [2]. Treatments for Autism: An Overview of Model Programs, Fred R Volkmar MD Irving B. Harris Professor and Director, Yale University Child Study Center www.childstudycenter.yale.edu
- [3]. nbu.bg
- [4]. <http://www.nsa.bg/>
- [5]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>
- [6]. Гикова М., Аракчийски З., Сравнителен анализ на походката при лица със синдром на Даун и Аутизъм, Международен научен конгрес СПОРТ, СТРЕС, АДАПТАЦИЯ, 23-25 април 2012, София, България
- [7]. Милева Е, Андреас Ст., Роля на обучението по физическо възпитание и спорт за личностното и двигателното развитие при деца с Аутизъм, Личност.Мотивация.Спорт, Том13 – втора част, НСА ПРЕС, С, 2008
- [8]. Александрова В., Адаптирана физическа активност, Спорт & наука, кн.1., 2013
- [9]. Хаса Иб., Мутафова-Заберска Ю., Активната физическа дейност като терапия при лица аутисти, Спорт & наука, бр.6., 2012
- [10]. İLKER YILMAZ, MEHMET YANARDA, BÜNYAMIN BIRKAN, GONCA BUMIN, Effects



of swimming training on physical fitness and water orientation in autism, Pediatrics International (2004) 46 , 624–626

[11]. Крайджикова Л., Н.Маврудиева, Н.Генчева, Подвижни игри в кинезитерапията в детско-юношеска възраст, ISBN 978-954-718-221-9, НСА, София, 2007

[12]. <http://www.autismspeaks.org/blog/2012/09/25/top-8-autism-therapies-%E2%80%93-reported-parents>

Информация за авторите

гл.ас.д-р Полина Михова – лектор в НБУ, бул.Монтевидео N 21, София, 1618, България; e-mail:

Основни области на интерес: телемедицина, медицинска информатика и терминологичен апарат, внедряване на информационни системи в медицината и здравеопазването.

гл.ас.д-р Иван Неделчев - лектор в НБУ,бул.Монтевидео N21, София, 1618, България; e-mail:

Основни области на интерес: спортна психология, културизъм и фитнес



ПРАКСИС И НЕГОВИЯТ КОНТРОЛ ВЪРХУ ЕКЗЕКУТИВНИТЕ ФУНКЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА

В. Игнатова¹, Цв.Стоянова², Л. Хараланов¹, Л. Тодорова³

¹- МБАЛ "Национална кардиологична болница"- Неврологична клиника

²-НБУ Департамент „Здравеопазване и социална работа“- Логопедия

³- БАН, Секция по биоинженерство

Резюме: Когнитивните функции представляват обширна област на изследвания при пациенти с множествена склероза (МС). Много от проучванията са доказали наличие на дефицит на паметта и вниманието в хода на болестта, но не са събрани и обработени достатъчно данни за състоянието на гнозиса, праксиса и изпълнителните функции. Авторите предполагат, че изпълнителните функции са с по-високи интегративни нива, свързано с практиката. Праксисните функции вероятно имат същата роля като процесуалната памет и вниманието за планиране и осъществяване на ежедневните дейности.

Ключови думи: гнозис, праксис, екзекутивни функции, мултиплена склероза

PRAXIS AND ITS CONTROL ON EXECUTIVE FUNCTION IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

V. Ignatova¹, Tsv.Stoyanova², L. Haralanov¹, L. Todorova³

¹ Hospital " National Cardiology Hospital " - Neurology Clinic

²- NBU Department " Health and social work " - Speech Therapy

³ Academy of Sciences, Department of Bioengineering

Abstract: The cognitive functions are large field of research in patients with multiple sclerosis (MS). Many studies have proven a memory and attention deficit in the course of disease, but not enough data are collected for the state of gnosis, praxis and executive functions. We supposed that the executive functions are higher integrative level related to praxis. Praxis functions probably have the same role as procedural memory and attention for planning and realizing of daily activities.

Key words: gnosis, praxis, executive functions, multiple sclerosis

Въведение

Невропсихологичните изследвания при болните с множествена склероза МС през последните две декади са достигнали до неоспорими доказателства, че МС води до влошаване на когнитивните функции при 30-70% от пациентите /1/. Тежестта на когнитивните нарушения при заболяването варира според характера на дефицита. Когнитивните домени, които най- често са засегнати са: внимание, памет и скорост на обработка на информацията. Зрително-пространствената перцепция и екзекутивните функции /ЕФ/ може също да бъдат нарушени при запазено езиково и интелектуално функциониране.

Екзекутивните функции са необходими за контрола на информационната обработка и за координиране на действията. Известни са две големи теории за ролята на предната цингуларна кора върху екзекутивния контрол. Първата, базирана на резултати от невроизобразяващи изследвания, представя, че предната цингуларна кора има стратегическа функция за селекция на действието, като „редуцира конкуренцията между потенциалните отговори към стимула“. Втората вероятно по-малко известна теория е извлечена от електрофизиологичните изследвания-появата на негативен скалпов потенциал при активиране на предния цингуларен кортекс при пациенти, генерирани некоректен отговор към задачи, свързани със скорост. Алтернативна



гледна точка за оценъчната функция на предния цингуларен кортекс е, че този регион на мозъка детектира обработката, конфликта и отчасти превенцията на грешките в мрежата. (3).

Счита се, че езекутивните процеси участват в системата на работната памет. В процесите на езекутивната работна памет се изисква разпределяне на вниманието и координиране на основната информация. Няколко проучвания се фокусират върху възможността за взаимовръзка между складирането на информация в работната памет и вниманието, особено в контекста на зрителното търсене. При изследване с функционален ЯМР /fMRI/ е установено, че активирането на дорзолатералната префронтална кора е по- силно при задачи с манипулиране, отколкото при задачи за поддържане на информацията. Префронталните зони същевременно са отговорни за идеомоторния праксисен контрол, което ни позволи да изразим хипотезата, че като по-ниско йерархична функция тези мозъчни отдели са пряко ангажирани в езекутивния контрол.

Праксисното нарушение (9. PetreskaB), се дефинира най- общо като нарушение на придобитите чрез обучение двигателни умения, които не са причинени от слабост, акинезия, деаферентация, абнормен мускулен тонус и поза, тремор или хорея, интелектуално смущение, недобо разбиране или некооперативност

Идеационната апраксия се определя като нарушение на концептуалната организация на действието. Идеационната апраксия не е свързана задължително с комплексни действия. По-голям дефицит води до праксисни нарушения дори при единични действия.

Идеомоторната апраксия се счита за нарушение на продукционния компонент на праксисната система, т.е. на сензомоторните акционни програми, които се отнасят към генерирането и контрола на моторната активност. Тя се характеризира с грешки в синхронизирането, последователността и пространствената организация на жестовите движения.

Материал и методи

Публикувани са отделни изследвания върху апраксията при пациенти с МС. /HeldnerM./ .Апраксията на крайниците се открива при около 26.3% от пациентите с МС и обикновено тя е в лека степен на изразеност. Предиктори за изявата ѝ са степента на EDSS скората, продължителността на заболяването и по- голямата възраст на пациента. Установено е, че по- често апраксия се открива при пациенти с прогресивен ход на заболяването /първично-прогресивна МС- ППМС и вторично проградиентна МС- ВПМС/. Апраксията на крайниците е сигнификантно свързана с нарушения в ежедневните дейности и със сръчността на ръцете. Тя е често срещана и въпреки че обикновено е дискретно проявена, е съществен симптом, свързан с инвалидността при МС. Проведени са изследвания и върху т. нар. апраксия на походката (gait apraxia) при МС, която корелира с тежестта на МС и натоваарването с ЯМР лезии. Отграничаването на двигателния от апраксияния дефицит при болните с МС е силно затруднено, особено за долни крайници поради спастично повишения мускулен тонус, честото наличие на парези и дискретната апраксияна патология.

Ние предполагаме, че езекутивните функции са по- високо интегративно ниво, свързано с праксиса. Праксисът вероятно има същата роля както тази на процедуралната памет и вниманието за планирането и реализирането на ежедневните активности.

Цел на изследването е оценяване влиянието на праксиса върху езекутивните функции при пациенти с МС според ангажирания мозъчен субстрат на базата на ЯМР-изследване.

Методи: Изследването включва 42 пациенти с дефинитивна диагноза МС според



ревизираните критерии на MacDonald (2005/2010) и 20 здрави контроли. При всички пациенти са проведени ЯМР изследване на главен мозък, специализирани невропсихологични тестове и клинична оценка по EDSS. Пациентите са разделени на следните 3 групи съобразно ЯМР-критерии:

I група: пациенти с корова атрофия /с или без фронтални лезии/ (N=13), средна възраст 44.6 (SD10.5), 11 жени и 2 мъже, средна стойност на EDSS 4.0 (SD 1.4)

II група: пациенти с лезии във фронталния дял без корова атрофия (N=12), възраст 40.2 (SD 12), 10 жени и 2 мъже, средна стойност на EDSS 3.0 (SD 1)

III група: пациенти без корова атрофия и лезии, локализиращи извън фронталния дял (N=17), възраст 42.8 (SD 10.5), 8 жени и 9 мъже, EDSS 3.0 (SD 2.1)

Допълнителен критерий за включване на пациентите в изследването е: липса на моторен дефицит в горните крайници, липса на тремор и на изразен когнитивен спад (MMSE < 24)

Методи на изследване са ЯМР на главен мозък (сила на магнитното поле 1T, времена на релаксация T2, T1, FLAIR), невропсихологична батерия за изследване и EDSS.

Невропсихологична батерия, включваща:

- I. MMSE (скор под 24 е изключващ критерий)
- II. Скринингов тест за гностичен контрол
- III. Изследване на праксиса

Изследвани са следните видове праксис: 1) **Идеомоторен праксис**- чрез тестване на формални и неформални действия (Boston test).

2) **Идеационен праксис**: изследване на серийни движения с обекти: съгване на писмо, поставяне на писмото в плик, залепване на плика, адресиране, посочване къде е мястото на марката

3) **Кинетичен праксис** (не са включени движения на долните крайници поради съпътстваща пареза при част от пациентите).

Степените на оценка са следните: 0-невъзможност за изпълнение, 1. затруднения в изпълнението, 2. нормално изпълнение

IV. Оценка на **екзекутивните функции**: рисуване на часовник, тест за вербална флуентност, Trial Making Test (TMT) тип А (за скорост и обработка на информацията) и тип В (екзекутивни функции), Digit Symbol Test (скорост на обработка на информацията, внимание и екзекутивни функции)

Нарушението на всички когнитивни домени е оценено по 3- степенна скала-леко, умерено и тежко нарушение.

За статистическа обработка на резултатите е използван Т- тест.

Резултати

Нарушение на праксиса се отчита при 52.4 % от всички болни, като **различието между първа и трета група, както и между втора и трета група по този показател е статистически значимо / P<0.05/.**

Нарушение на екзекутивните функции е отчетено при 45 % от всички пациенти. **В случая съществено различие /P<0.05/ се открива само между пациентите от първа и трета група.**

Вътрегруповото разпределение на изследваните нарушения е демонстрирано на фиг. 1 и фиг. 2.

По- голямата част от пациентите с апраксия и нарушени екзекутивни функции са представители на първа и втора група, т.е. при тях се открива корова атрофия или фронтални лезии при ЯМР. При тях се проявяват проблеми в планирането на ежедневните активности. Това вероятно е резултат от нарушения сериен акт по време



на движението и неговия гностичен контрол, което води да по- висока степен на социална изолация.

Статистическият анализ открива сигнификантна разлика в нарушението на праксиса между пациентите от първа и трета група, както и между пациентите от втора и трета група ($p < 0.05$). Статистически значима разлика между нарушението на екзекутивните функции се открива между пациентите от първа и от трета група ($p < 0.05$).

Пациентите от трета група са с по- кратка продължителност на заболяването и с относително по- нисък EDSS в сравнение с пациентите от първа група.

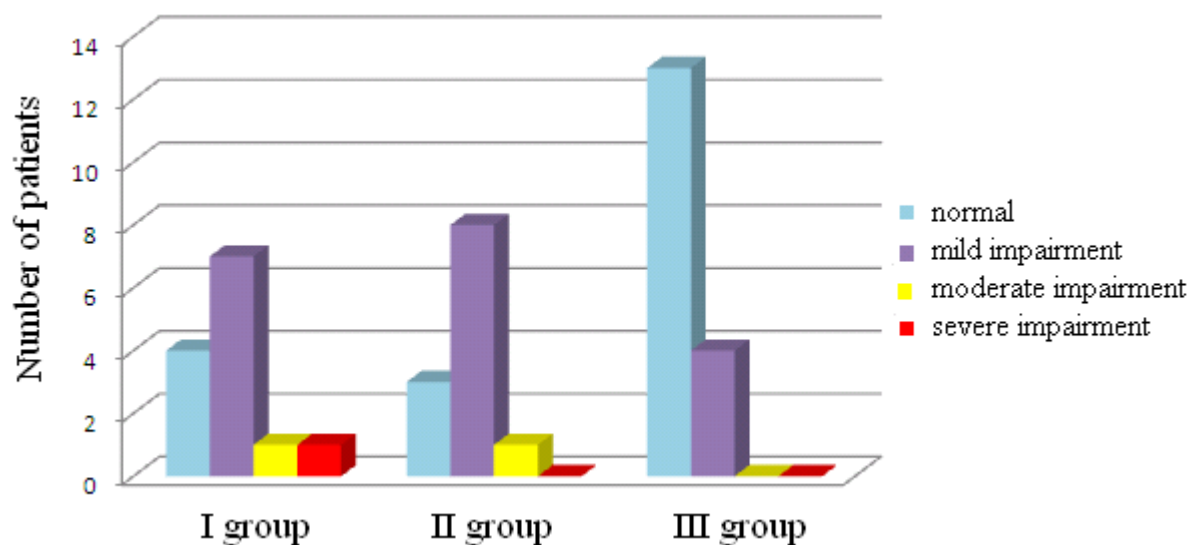


Fig. 1. Резултати от оценката на праксиса

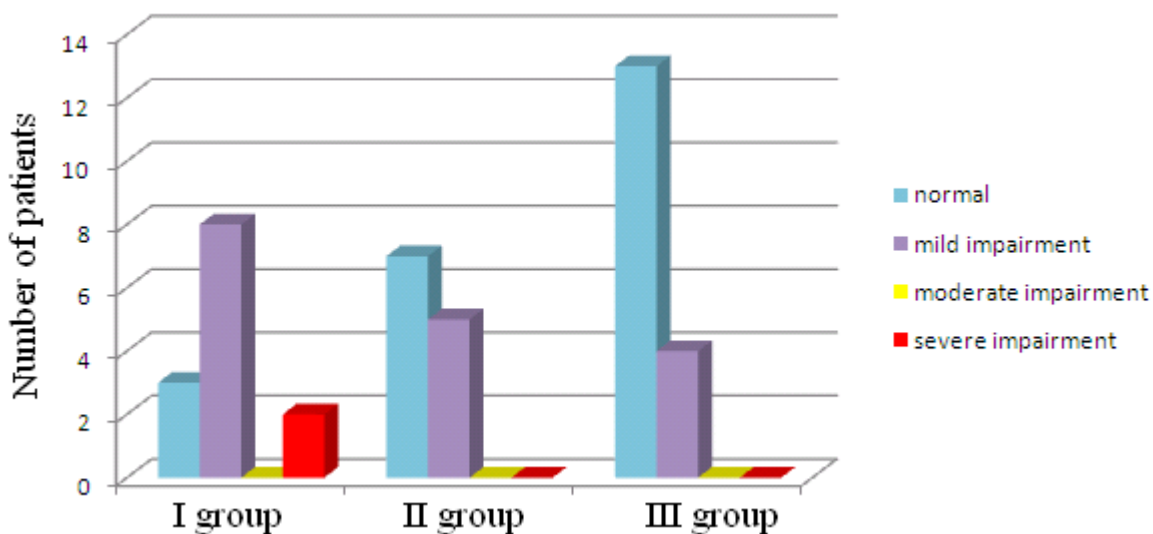


Fig.2. Резултати от оценката на екзекутивните функции



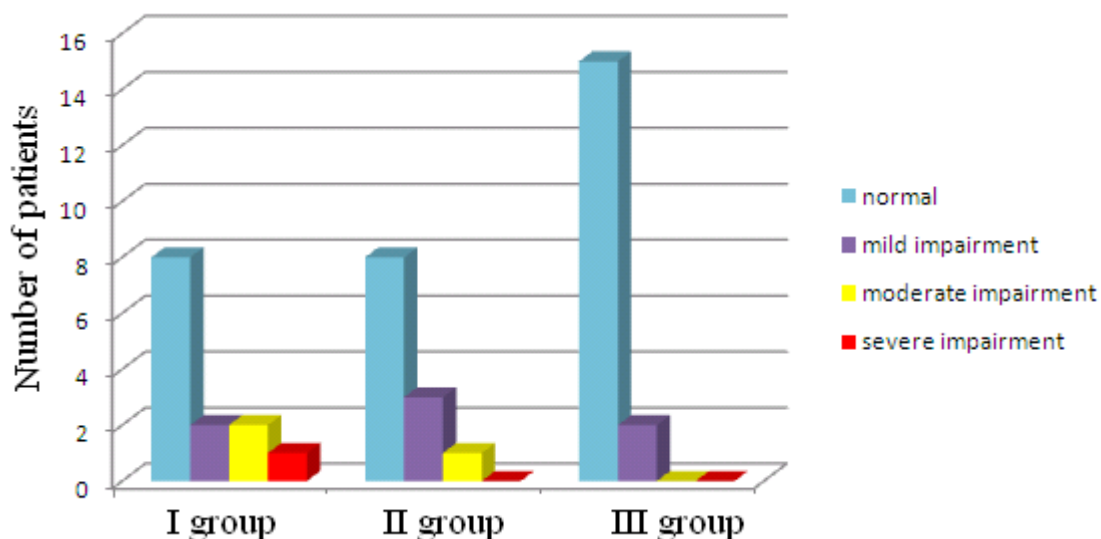


Fig.3. Когнитивни функции (MMSE)- in the ranges ≥ 24 . не си отчита статистически значима разлика изследването е въз основа на малка група

Група пациенти	% пациенти с нарушен идеаторен праксис
I група	69 %
II група	83 %
III група	24 %

Група пациенти	% на регистрирано удължено време за изпълнение на TMT-B
I група	77 %
II група	58 %
III група	24 %

Заклучение: Нарушеният праксис и екзекутивни функции при пациентите с множествена склероза вероятно е резултат от засягане на широки асоциативни зони от бяло мозъчно вещество, включително корова атрофия и лезии във фронталния дял.

Нашето изследване не откри директна връзка между нарушението на праксиса и екзекутивни функции. Екзекутивните функции имат по-интегративна роля и се контролират от по-обширен анатомичен субстрат. Вероятно праксисът се засяга в ранните стадии на множествена склероза, особено при наличие на фронтални лезии или корова атрофия. В ранния стадий на заболяването нарушението на праксиса не е манифестно и се открива само при насочено невропсихологично изследване [6]. Настоящите модели на екзекутивните функции считат, че когнитивният контрол включва мрежа от мозъчни структури, които не са обезателно локализирани във фронталния лоб. Нещо повече, установено е, че пациенти с фронтална увреда често не показват екзекутивен дефицит, докато при пациенти без фронтална увреда често се проявява екзекутивен дефицит.

Библиография:

- [1]. Мавлов Л. Висши корови функции. Фундаментална неврология, изд. „Бойко Стаменов“ София, 2000, ,163-192



- [2]. Carter C., Macdonald A. , Botvinick M. Et al. Parsing executive processes: Strategic vs. Evaluative functions of the anterior cingulate cortex. PNAS 2000, 97 (4) u 1944-1948
- [3]. Elliott R. Executive functions and their disorders. British Medical Bulletin 2003; 65: 49–59
- [4]. Foong J., Rozewicz L., Quaghebeur G. Et al. Executive function in multiple sclerosis. The role of frontal lobe pathology. Brain (1997), 120, 15–26
- [5]. Greene J. Apraxia, agnosias and higher visual function abnormalities. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2005; 76: 25–34
- [6]. Han S., Kim M. Visual Search Does Not Remain Efficient When Executive Working Memory Is Working. Psychological science 2004, 15 (9); 623-628
- [7]. Miyake A., Friedman N., Emerson M. et al. The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis Cognitive Psychology 2000, 41: 49-100
- [8]. Nyhus E., Barcelo F. The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions: A critical update. Brain and Cognition 71 (2009) 437–451
- [9]. Petreska B., Adriani M., Blanke O. et al. Apraxia: a review. Progress in Brain Research, C. von Hofsten & K. Rosander (Eds.), 164: 61-83
- [10]. Rovaris M., Filippi M., Minicucci L. et al. Cortical/Subcortical Disease Burden and Cognitive Impairment in Patients with Multiple Sclerosis. AJNR 21:402–408, 2000



ВРЪЗКА МЕЖДУ СПЕЦИФИЧНИ ЕЗИКОВИ НАРУШЕНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Райна Маркова, Маргарита Станкова
Департамент Здравеопазване и социална работа, НБУ

***Резюме:** Изследването има за цел да провери връзката между наличието на специфичните езикови нарушения и поведенческите проблеми при деца в предучилищна възраст. Включени са 30 деца на възраст от 1,5 – 5 години. Използваните инструменти са: Детски поведенчески въпросник /CBCL/, Въпросник за учители /C-TRF/ и Методическо ръководство за изследване на комуникативни способности. Хипотезите се отнасят до това, че децата със СЕН ще имат значимо по-високи стойности по скалите „емоционална реактивност“, „тревожност /депресивност“, „оттегленост“, „проблеми с вниманието“ и „агресия“ в сравнение с децата с типично езиково развитие. Друго очакване включва хипотезата, че при момчетата ще бъдат измерени по-високи стойности на оттегленост и агресивно поведение в сравнение с момичетата на база на съществуващи вече данни. След статистическата обработка на данните повечето хипотези намират потвърждение в проведеното изследване.*

***Ключови думи:** Поведенчески нарушения, Специфични езикови нарушения, Детски поведенчески въпросник*

SPECIFIC LANGUAGE DISORDERS AND BEHAVIORAL PROBLEMS IN CHILDREN PRESCHOOL

Rayna Markova, Margarita Stankova
Department Healthcare and social work, NBU

***Summary:** The study aims to examine the relationship between specific language disorders and behavioral problems in preschool children. 30 children aged 1.5 to 5 years have been included. The instruments used are: CBCL, C-TRF and manual for assessment of communication skills. Hypotheses concern that children with specific language disorders have significantly higher values on the "emotionally reactive", "anxious/depressed", "withdrawn", "attention problems" and "aggressive behavior" compared with children with typical language development. Another expectation includes the hypothesis that boys will be measured higher values in "withdrawn" and "aggressive behavior". Most of the hypotheses are confirmed.*

***Key words:** Behavioral disorders, specific language disorders, children's behavioral questionnaire*

Въведение

Дисфазия на развитието е специфично нарушение, чийто първичен симптом е лингвистичната недостатъчност, която не е следствие от друго нарушение или сензорни увреди. Децата с дисфазия на развитието са с първично запазени слух и интелект. Затова и изследването на IQ е базово за приемане на забавеното езиково развитие като първично [1] [4] [6].

Съществуват два модела описващи дисфазия на развитието:

Медицинският модел – в него важно място е отредено на причините за възникване на това състояние. В **МКБ 10** езиковите нарушения се класифицират като: F80 Специфични разстройства в развитието на речта и езика. Разстройство на експресивната реч е категория, която е оправдана само в случай, че експресивната реч е извън рамките на типичното за съответната умствена възраст и функциониране и невербалният интелект е в границите на нормата. **Разстройства на рецептивната**



реч засягат езиковото декодиране, както и езиковото кодиране. Характеризират се с дефицит във вербално – слуховото внимание.

Лингвистичен модел – Не се интересува от етиологията, защото смята, че тя е неизяснена. Изследва езиковата изява на детето по отношение на неговата възрастова обусловеност. Тук терапевтът е запознат с възрастовата онтогенеза, знае какви умения трябва да притежава детето за съответната възраст, запознат е със структурата на езика – фонология, морфология, синтаксис, семантика и прагматика. На база на тези знания определя дефицита във всяка една от областите на езиковата структура и изготвя индивидуален терапевтичен план. **Съобразно засегнатите умения този модел разграничава Фонологично езиково нарушение** характеризиращо се със затруднена идентификацията, класификацията и диференциация на звукове. Наблюдава се добавяне на звукове с цел опростяване, редукция на струпани съгласни в сричка и на сричкова граница, литерални инверсии и нарушена преработка на вербалната информация. **Грамматично езиково нарушение** - Децата не са способни да използват морфологичните правила на езика, като например формите за род и число на съществителните имена, или тези за време на глагола, имат проблеми с окончанията. Синтактичните трудности се отнасят до липси на главни части на изречението и ограничена употреба на второстепенни части. Активният речник е беден. Разбирането на речта превъзхожда експресивните възможности. Жесто-мимичния език се използва като компенсаторен механизъм. **Семантично-прагматично езиково нарушение:** Използват езика ситуативно и извън заучения контекст, езиковите им умения рязко намаляват. При некачествена диференциална диагноза това нарушение може да бъде сгрешено с аутизъм [7].

Дефиницията за поведенческо нарушение в най-общ план включва наличие на затруднения във функционирането и прояви, които пречат на индивида или на неговото обкръжение, и правят невъзможно нормалното овладяване на необходимите за възрастта знания и умения [5]. Дезадаптивното поведение, за да бъде класифицирано като поведенческо нарушение, трябва да е персистирало в продължителен времеви интервал и да се проявява в различен контекст. Според Hinshaw (цит. по Jianqiong, 2004 [10]) агресията в детска възраст е силен предиктор за насилие и престъпна дейност в зряла възраст. Терминът **Екстернализирани** проблеми се отнася до ясно изявено външно проявление на група поведения, като например извършване на престъпни деяния, унищожаване на чужди вещи, хиперактивност, отказ от подчинение пред авторитет, агресивно поведение, емоционални изблици, нарушаване на социалните норми. **Интернализираните** поведенчески проблеми се забелязват трудно. Характеризират се с оттегленост, прекалена срамежливост, прекомерна тревожност, задръжки, депресивност, анорексични или булимични прояви, суицидни мисли, неоснователни страхове или фобии, ниско самочувствие. За описание на интернализираните поведенчески проблеми Campbell et al. (цит. по Jianqiong, 2004 [10]) използват термини като невротичност и прекомерен контрол. Съществува значима **коморбидност на екстернализираните и интернализираните поведенчески проблеми**. С други думи деца, които са агресивни, също могат да изпитват и тревожност и обратно деца с интернализирано поведение могат да имат и екстернализирани поведенчески проблеми.

Rescorla и Achenbach (цит. по Hartetal., 2004 [9]) провеждат изследване с деца във възрастовия диапазон от 18 – 35 месеца и установяват, че поведенческите проблеми и езиковото развитие всъщност не корелират значимо по между си.

Tallal и Curtiss (цит. по Hartetal., 2004 [9]) провеждат изследване с 4-ри годишни деца с езикови нарушения. Спрямо контролната група, децата от мъжки пол с езикови нарушения получават значимо по-ниски стойности по някои от скалите на CBCL.



McCabe, 2005 [11] установява, че децата със СЕН показват ниски стойности в социалните си компетенции и високи по отношение на поведенчески нарушения в сравнение с техните връстници в норма. Той също предполага, че вида на езиковото нарушение установено във възрастта до 5 години е от значение за появата на последващи поведенчески нарушения, като определен вид езиково нарушение предсказва появата на свързано с него поведенческо. В изследването са използвани оценяващи скали родител – дете и възпитател - дете и скали за оценка на социални компетенции и поведение. Резултатите са консистентни при въпросниците за родители и възпитатели. И родители и учители посочват, че децата със СЕН изпитват значително по-големи затруднения в индивидуалните занимания, демонстрират неправилен подход в социалните си контакти с връстници и нерядко разчитат на помощ отвън за дейности, насочени към социализация. Децата с комуникативни затруднения рядко биват избирани от връстниците си за игрови партньори, имат по-малък шанс да участват в игри, които са ключов фактор в поетапното развитие и изграждане на речта и езика.

Дете с комуникативни затруднения използва по-директни и подчертано физически средства, за да задоволи нуждите си, като например проява на агресия към друго дете, за да придобие неговата играчка, или напускане на групата по-рано, при загуба на интерес или неразбиране на ситуацията/играта.

Взимайки предвид ключовата роля на езика Hartetal., 2004 [9] смятат, че поведенческите затруднения произтичат директно от езиковите нарушения. RedmondandRice (цит. по Hartetal., 2004 [9]) предлагат, че децата със СЕН се справят със своите проблеми посредством отбягване или отдръпване от комуникацията с околните, като по този начин предотвратяват затруднения, които биха се появили в резултат на тези взаимоотношения. Поради слабите им езикови способности, децата със СЕН имат малка възможност да развият социални умения, а това от своя страна увеличава вероятността такива взаимоотношения да бъдат свързани с неприятни изживявания.

В свое изследване Hartetal., 2004 [9] проследяват два вида поведение – отдръпнатост и общителност като функция на езиковите дефицити. Авторите установяват, че децата със СЕН са оценени от възпитателите като демонстриращи значително по-голяма сдържаност, уединеност и пасивно поведение.

Baker и Cantwell (цит. по McCabe, 2005 [11]) установяват, че 63% от децата с езикови нарушения имат и поведенчески проблеми.

В рамките на България Станкова, 2012 [5] провежда изследване търсещо връзка между езикови нарушения и поведенчески особености. С помощта на ASEBA установява, че децата със специфично разстройство на речта имат значително по-високи нива по скалата за оттегленост, а също и по DSM скалите за генерализирани проблеми на развитието и афективни проблеми.

Разгледаните до тук изследвания предоставят разнородни резултати по темата за връзката между поведенческите особености и езиковите нарушения, което поражда необходимост от допълнителни проучвания.

Материал и метод

Цел на изследването

Изследването цели да провери съществува ли връзка между проявите на СЕН при деца в предучилищна възраст и наличието на поведенческите проблеми.

Хипотези

На база на предложената теоретична рамка, се предполага, че езиковият дефицит



диагностициран при деца в предучилищна възраст ще е в тясна взаимовръзка с техните поведенчески характеристики и по-конкретно:

1. Децата със СЕН ще имат ще имат значимо по-високи стойности по скалата за **емоционална реактивност**, сравнено с децата с типично езиково развитие.
2. Децата със СЕН ще демонстрират значимо по-високи стойности по скалата за **тревожност/депресивност**, сравнено с децата с типично езиково развитие.
3. Децата със СЕН ще са **по-оттеглени**, в сравнение с децата в предучилищна възраст с типично езиково развитие.
4. Децата със СЕН ще демонстрират значимо по-високи стойности по скалата за **агресивно поведение**, сравнено с децата с типично езиково развитие.
5. Децата със СЕН ще имат значимо по-високи стойности по скалата **дефицит на вниманието**, сравнено с децата с типично езиково развитие.
6. Поради факта, че в няколко от споменатите изследвания момчетата демонстрират в по-висока степен на просоциално поведение в сравнение с момчетата, предположението е, че момчетата със СЕН ще имат значимо по-високи стойности по скалите „оттегленост” и „агресивно поведение”
7. Между въпросникът за родители (CBCL) и въпросникът за възпитатели (C-TRF) приложени при деца със СЕН се очаква да има значима положителна корелация.

Методи на изследване:

Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 предназначен за попълване от родители и Въпросник към възпитатели и учители за същата възрастова група на Achenbach и Rescorla. И при двата въпросника се използва тристепенна скала, по която се оценява всяко твърдение: 0 - не е вярно, 1 – донякъде или понякога вярно, 2 – много или често вярно. Изисква се попълващият да оцени поведението на детето в момента на провеждане на теста, или в рамките на последните 2 месеца. Когато се пресметнат резултатите по всички скали се изготвя профил на детето, като получените стойности се нанасят на графика.

Методическо ръководство за изследване на комуникативни способности у деца: Ръководството е система за оценка на езиковите способности въведена от проф. Боянова и екип. В него е представен картинков материал, чрез който се изследват различните елементи на езиковата компетентност при деца в предучилищна възраст. Обследват се както езиковото кодиране – специалистът посочва, а детето трябва да назове нарисувания предмет или дейност, така и езиково декодиране – специалистът назовава нарисувания предмет, а детето го посочва.

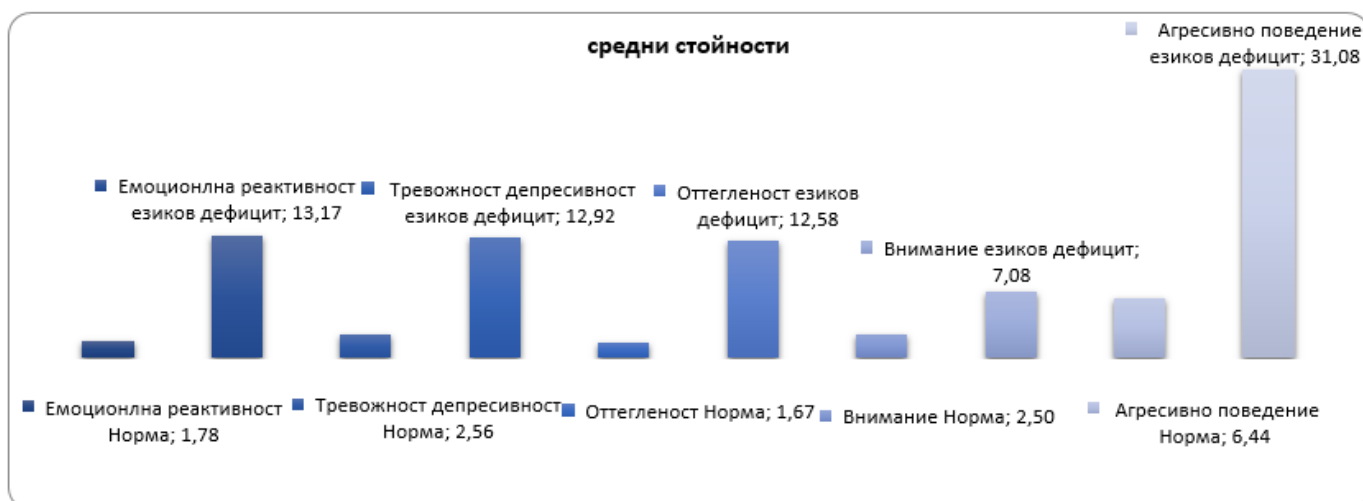
Процедура на изследване:

Изследването се провежда със съдействието на родители, учители/ специалисти по езикова и речева рехабилитация. Родителите попълват родителската форма на поведенческия въпросник. Учителите попълват въпросникът за възпитатели и учители. За установяване на нивото на езикова компетентност, децата са обследвани с методическото ръководство за изследване на комуникативни способности.

Участници:

В изследването участие вземат деца в норма по отношение на езиковото развитие и деца със специфично езиково нарушение. Разделени са в две групи - 18 деца с типично езиково развитие и 12 деца със СЕН. Изследваните лица са подбрани на случаен принцип от различни детски заведения.

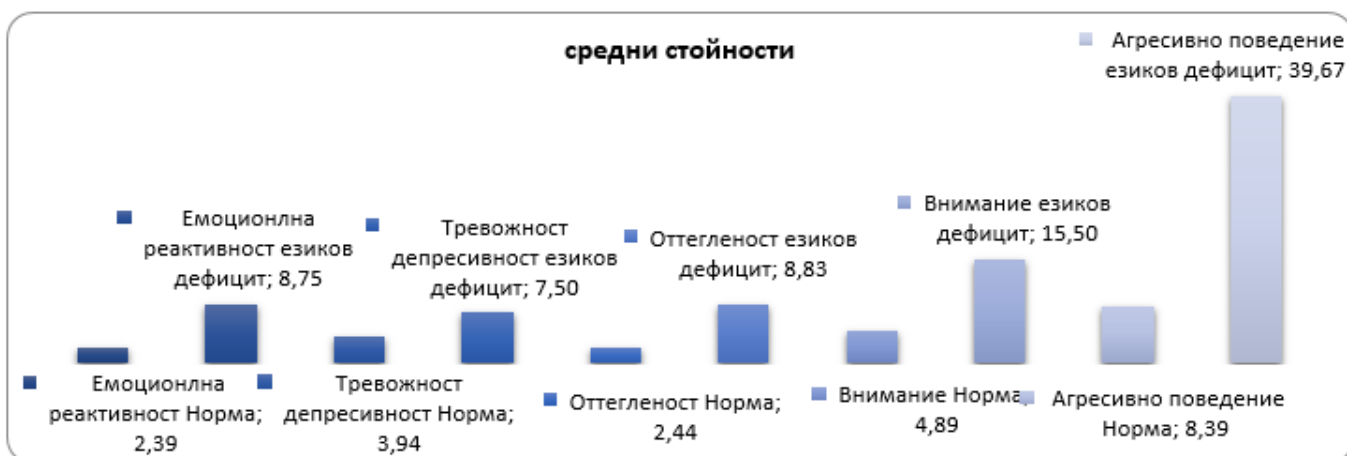




Резултати:

За проверка на хипотезите е използван двустранен t-test. Единствено последната хипотеза подлежи на корелационен анализ. Средните стойности за всяка от скалите са представени в графичен вид.

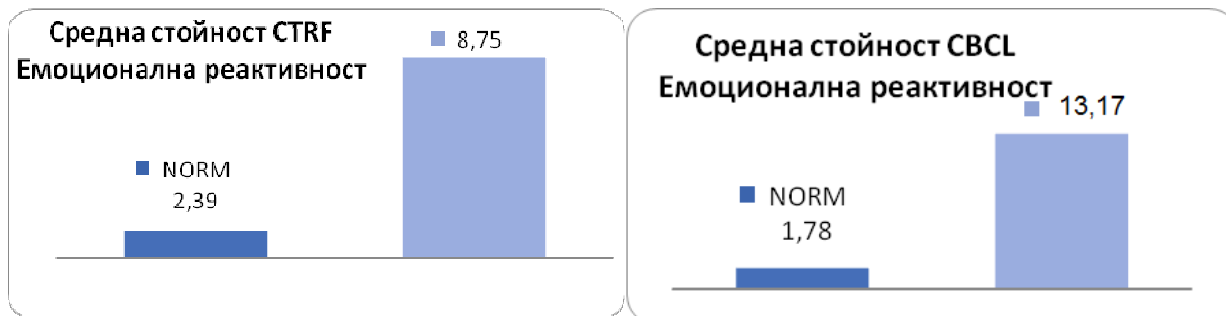
Графика 1 Средни стойности по скалите емоционална реактивност, тревожност/депресивност, оттегленост, дефицит на внимание и агресивно поведение получени чрез Поведенчески въпросник за деца



Графика 2 Средни стойности по скали емоционална реактивност, тревожност/депресивност, оттегленост, дефицит на внимание и агресивно поведение получени чрез Въпросник към възпитатели и учители

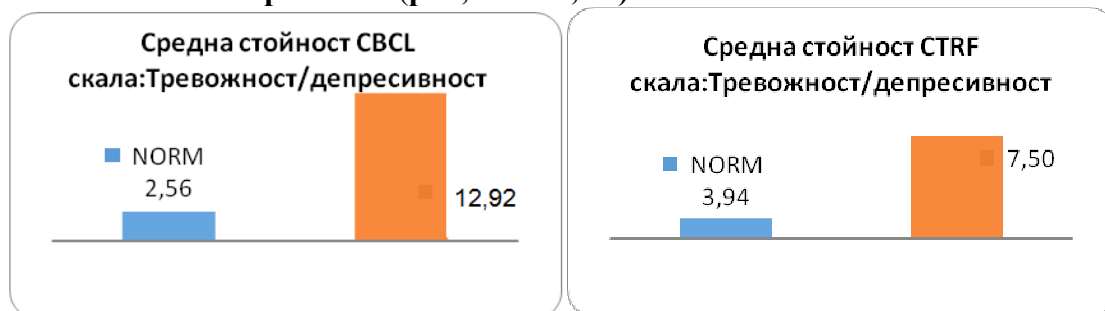
Хипотеза 1: Предполагането, че децата със СЕН ще имат значимо по-високи стойности по скалата за **емоционална реактивност**, сравнено с децата с нормално езиково развитие се потвърждава. Между резултатите на двете изследвани групи по скалата емоционална реактивност **има статистически значима разлика** ($p=0,00 < \alpha=0,05$).





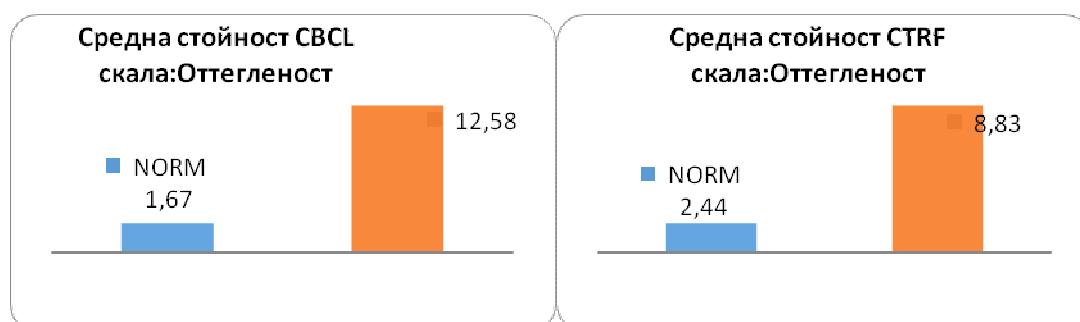
Графика 3 Резултати по скалата за **емоционална реактивност** при двете групи за Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители

Хипотеза 2: Хипотезата, че децата със СЕН ще демонстрират значимо по-високи стойности по скалата за **тревожност/депресивност**, сравнено с децата в предучилищна възраст с нормално езиково развитие също се потвърждава - **между резултатите на двете изследвани групи по скалата тревожност/депресивност има статистически значима разлика. ($p=0,00 < \alpha=0,05$).**



Графика 4: Резултати по скала **тревожност/депресивност** при двете групи за Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители

Хипотеза 3: Предположението, че децата със СЕН ще имат по-високи стойности по скалата „**Оттегленост**”, в сравнение с децата нормално езиково развитие намери подкрепа вследствие приложения двустранен t-test ($p=0,00 < \alpha=0,05$).

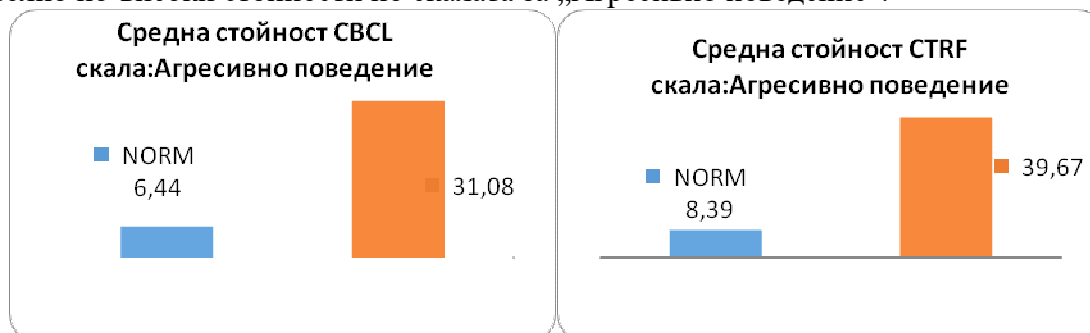


Графика 5: Резултати по скала „**оттегленост**” при двете групи за Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители.

Хипотеза 4: Предположението, че децата със СЕН ще демонстрират значимо по-високи стойности по скалата за **агресивно поведение**, сравнено с децата с нормално езиково развитие също намира подкрепа ($p=0,00 < \alpha=0,05$). Децата със СЕН са със

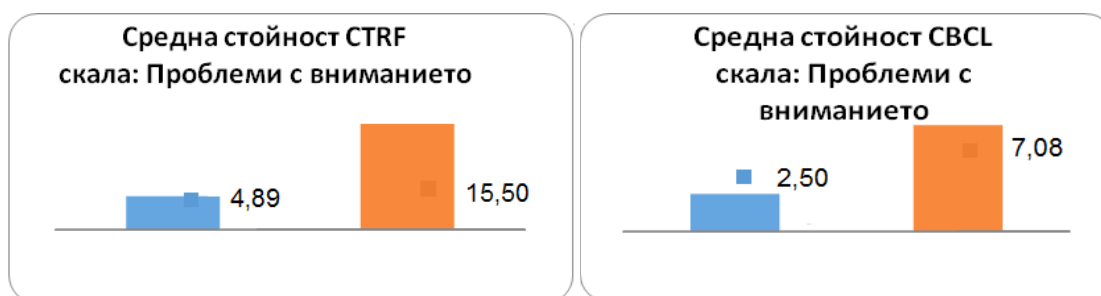


значително по-високи стойности по скалата за „Агресивно поведение”.



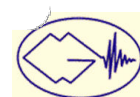
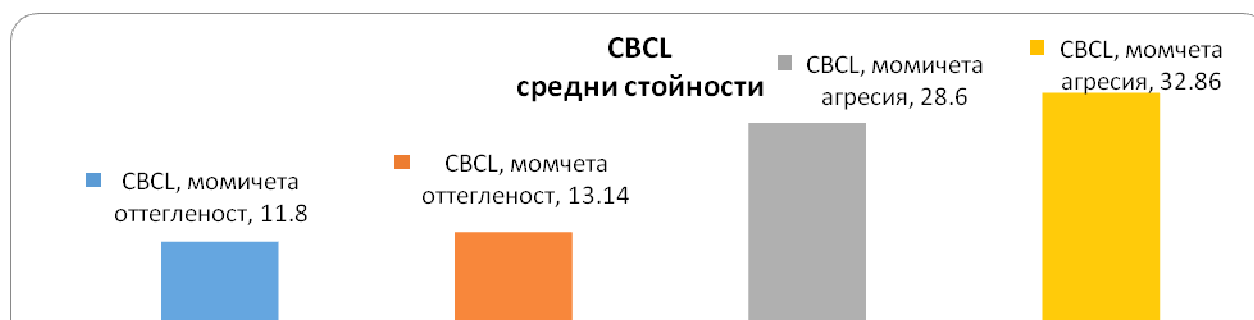
Графика 6: Резултати по скала „Агресивно поведение” при двете групи за Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители.

Хипотеза 5: Предположението, че децата със СЕН ще демонстрират значимо по-високи стойности по скалата „Проблеми с вниманието”, сравнено с децата в предучилищна възраст с нормално езиково развитие също се потвърди. Между резултатите на двете изследвани групи по скалата „Проблеми с вниманието” има статистически значима разлика $p=0,00 < \alpha=0,05$.

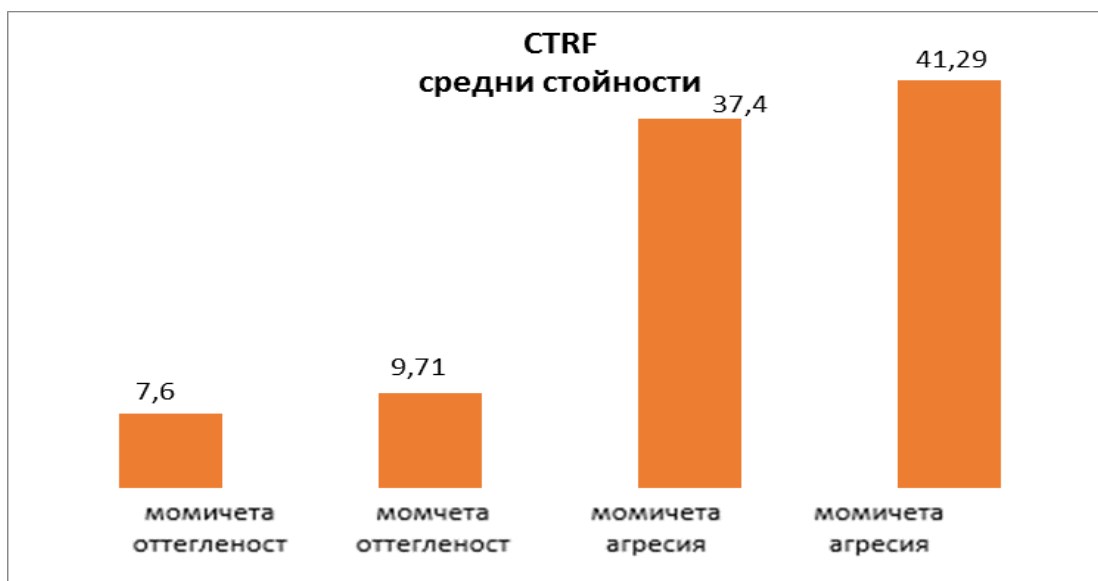


Графика 7: Резултати по скала „Проблеми с вниманието” при двете групи за Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители.

Хипотеза 6: Твърдението, че момчетата със СЕН ще имат значимо по-високи стойности по скалите „оттегленост” и „агресивно поведение” от момчетата не се потвърди. Между стойностите на двете изследвани групи по скалите „оттегленост” и „агресивно поведение” **не е налична статистически значима разлика.** (Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 агресия $p=0,281$, оттегленост $p=0,405$, Въпросник към възпитатели и учители- агресия $p=0,346$, оттегленост $p=0,290$).



Графика 8 Сравнение на момчета и момичета по скалите „оттегленост” и „агресивно поведение” с Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5.



Графика 9 Сравнение между момчета и момичета по скалите „оттегленост” и „агресивно поведение” Въпросник към възпитатели и учители.

Хипотеза 7: Последната хипотеза се отнася само до групата от деца с езикови нарушения. Тя предполага, че по скалите между Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители се очаква да има значима положителна корелация. Според получените резултати от корелационният анализ се установи, че съществува статистически значима положителна корелация (в случая $R = 0,889$) с ниво на значимост $p = 0 < 0,05$ между въпросниците единствено по скалата „Агресивно поведение”.

Дискусия

В настоящата разработка се установи значима връзка между езиковите нарушения и някои поведенчески проблеми изследвани при деца в предучилищна възраст.

Относно факторът „Емоционална реактивност” при сравнение на децата с типично езиково развитие и децата с езикови нарушения, вторите се оказаха емоционално по-реактивни. По-високите стойности по тази скала при децата с езиков дефицит подсказват за наличие на компенсаторни подходи, облекчаващи или заместващи езика като основен инструмент в комуникацията и социализация. Детето с езиково нарушение притежава интелектуалния капацитет да разбере, че не се „вписва” по същия начин, както неговите връстници, разбира, че не оправдава очакванията на обкръжаващата го среда и най-вече на родителите.

Тревожността му се повишава, което се потвърждава и в нашата хипотеза и може да доведе и до депресивни симптоми. В тази недружелюбна среда, и неспособно да изрази страха и тревогата си вербално, то дава своя негативен отговор под формата на повишена емоционална реактивност. Същото се отнася и за по-високите стойности по скала „Оттегленост”. Липсата на език или ограничената употреба прави адаптацията трудна, децата биват изолирани от групата, развиват чувство за малоценност и постепенно губят интерес или се страхуват да контактуват.

Потвърждава се и хипотезата, че децата със СЕН са с по-високи стойности по



скалата „Проблеми с вниманието”. Децата с езиков дефицит вероятно трудно разбират речта около тях, или ако разбирането е сравнително добро, то тяхната способност да изразят вербално нуждите и емоциите си е нарушена. От тук основното правило за протичане на комуникация – наличие на единен лингвистичен код – е нарушено. Като резултат идва слабата устойчивост на вниманието на детето към дейности свързани с езика. При поставяне на невербални задачи концентрацията, устойчивостта и превключваемостта се повишават.

Заклучение

Резултатите в текущото изследване потвърждават, че децата с езикови нарушения са с по-високи стойности по скалата за „Агресивно поведение”. Сравняването на скалите за агресия (с помощта на корелационен анализ) между Поведенчески въпросник за деца 1,5 – 5 и Въпросник към възпитатели и учители дава информация за консистентността на агресивното поведение в различен контекст – домашен или в детското заведение, в което пребивава детето със специфични езикови нарушения.

Хипотезата, че момчетата ще имат значимо по-високи стойности по скалите „Оттегленост” и „Агресивно поведение” в сравнение с момичетата не намери потвърждение в текущото изследване. Възможно е това да се дължи на малкия брой изследвани лица.

Литература

- [1]. Боянова, В. (2012). От симптома към диагнозата в логопедичната практика. Изд.НБУ
- [2]. Боянова, В., и кол. (2011). Методическо ръководство за изследване на комуникативни способности у деца с нарушения, София, изд. Славина.
- [3]. МКБ – 10 (1998). Международна класификация на болестите, *София*
- [4]. Райчев, Р. (2012) Детска невропсихология. София : Артик
- [5]. Станкова, М. (2012). Клинични и социални аспекти на поведенческите проблеми в предучилищна възраст, изд. НБУ.
- [6]. Тодорова, Е. (2013). Специфични артикулационни нарушения през детството. Изд.НБУ
- [7]. Ценова, Ц. (2012). Логопедия. *Димакс*
- [8]. Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2000). Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles, *Burlington, VT: ASEBA*
- [9]. Hart, K, Fujiki, M., Brinlon, V., Hart C. (2004). Relationship Between Social Behavior and Severity of Language Impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol.47
- [10]. Jianqiong, L. (2004). *Journal of Child Adolescent Psychiatr Nurs*, 17(3)
- [11]. McCabe, P. (2005). Social and Behavioral Correlates of Preschoolers with Specific Language Impairment. *Psychology in the Schools*, Vol.42(4)

Информация за авторите:

Райна Маркова - Магистър към програма „Рехабилитация при езикова и речева патология”. Логопед в отделение за детско-юношеско психично здраве - ЦПЗ „Проф. Н.Шипковенски”. e-mail:

доц. д-р Маргарита Станкова, Директор Център за терапия на комуникативни и емоционално-поведенчески нарушения, лектор в НБУ, бул.Монтевидео N21, София, 1618, България; e-mail:



РОЛЯТА НА ДЯСНАТА ХЕМИСФЕРА ПРИ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ ПРИ АФАЗИЯ: СЛУЧАЯТ ЗЛАТЮ БОЯДЖИЕВ

Росица Гичева-Меймари
Нов български университет

***Резюме:** Животът и творчеството на известния български художник Златю Бояджиев са разделени на два периода от инцидент с мозъчен инсулт, довел до дясна хемиплегия и глобална афазия, от чиито поражения художникът се възстановява частично и в ниска степен. Бояджиев не само възстановява художническите си умения, но и неговият т. нар. период „на лявата ръка” е много по-плодотворен. Художникът живее до голяма степен пълноценно, включително в аспекта на социалните взаимодействия и комуникация, цели 25 години след инсулта.*

От една страна, изследването е насочено към задълбочаване на анализа на стиловите характеристики на изкуството на Златю Бояджиев в различните му творчески периоди в светлината на афазичното му състояние. Анализът се опитва да идентифицира художествените белези на творчеството на Златю Бояджиев, осигурявани от лявата хемисфера, които той загубва след инсулта. От друга страна, случаят е особено интересен с възстановяването на комуникативните функции. Изследването се концентрира върху въпроса дали по-добре развитите дяснохемисферни функции при професионален художник са могли да допринесат за сравнително по-успешния процес на възстановяване на комуникативните функции при афазия.

***Ключови думи:** невропсихология на изкуството, хемисферна латерализация, художник с афазия, Златю Бояджиев*

THE ROLE OF THE RIGHT HEMISPHERE IN RECOVERING COMMUNICATIVE ABILITIES OF APHASIC PATIENTS: THE CASE OF THE PAINTER ZLATYU BOYADZHIEV

Rossitsa Gicheva-Meimari, PhD
New Bulgarian University

***Abstract:** The paper presents the case of the Bulgarian painter Zlatyu Boyadzhiev who had suffered a stroke followed by right sided hemiplegia and global aphasia. The painter recovers his artistic and communicative abilities without recovering his impressive and expressive speech. The paper presents a detailed history and analysis of the recovery of his nonverbal communicative abilities. After analysis of the stylistic characteristics of his art before and after the stroke there are identified those elements of the left hemisphere functions that are lost after the stroke and that considerably change the style of his artistic expression. The role of the right hemisphere functions are considered both in his communicational recovery and the change in his artistic style.*

***Keywords:** neuropsychology of art; hemispheric lateralization; painter with aphasia; Zlatyu Boyadzhiev*

Въведение

Българският художник Златю Бояджиев е известен в изкуствоведските [1, 10, 11, 12] художническите [13] и колекционерските среди със своя талант, майсторство, творчески изяви и скъпо продавани произведения, но случаят му е известен и в средите на невролози, невропсихолози, включително в международната общност [30:375-411; 31: chapter II, Zlatio Boyadjiev; 18:154; 21:1575; 22:39-49; 23:405-410; 14:165-191; 15:22-23; 25:71-98; 27:46].

Златю (или Злати) Бояджиев е роден на 22 октомври 1903 в с. Брезово,



Пловдивско, умира на 02 февруари 1976 г. в Пловдив. Животът и творчеството му са разделени на два ярко отличаващи се периода от инцидент с мозъчен инсулт през 1951 г. Инсултът довежда до дясна хемиплегия и глобална афазия, от чиито увреждания художникът се възстановява частично и в много ниска степен. От друга страна, Златю Бояджиев не само възстановява художническите си умения и се научава да рисува с лявата ръка, но и периодът „на лявата ръка” е много по-продуктивен [13:83]. Произведенията от този период получават висока оценка от всички негови изследователи, почитатели, колеги и приятели. Живее до голяма степен пълноценно 25 години след инсулта. Сред проучените в международните публикации петнадесетина художника с афазия, той е на първо място по продължителност на живота [31]. Този факт е първият аргумент на тезата, че Златю Бояджиев възстановява в добра степен и комуникативните си умения.

Материал и методи

Като медицински случай, Златю Бояджиев е известен на международната научна общност чрез публикация на професор Коста Заимов и съавтори [32:377-417]. Благодарение на тази публикация разполагаме с диагностично изследване и описание на състоянието на художника, направено 14 години след инцидента. Случаят Бояджиев се вписва в изследователската област на невробиологията и невропсихологията на изкуството, особено популярна последните години [26; 20; 30; 21; 22; 23; 31; 19; 15; 17; 27].

Моят опит е насочен и към задълбочаване на сравнителния анализ на стиловите характеристики на произведенията на Златю Бояджиев от двата му творчески периода и особено - от периода на лявата ръка, в контекста на афазичното му състояние. Случаят Златю Бояджиев ме интересува най-вече във връзка с процеса на възстановяване на комуникативните умения. Интересът ми е провокиран от допускането, че като изявен професионален художник дълги години преди инсулта, той би следвало да е имал сравнително добре развити дяснохемисферни функции. Опитала съм се да проуча дали по-развитите дяснохемисферни функции са могли да допринесат за възстановяването на стари и придобиване на нови комуникативни умения [26]. В тази част на изследването се опирам на сведенията за поведението и комуникативните изяви на художника в десетина мемоарни есета [13], написани от негови близки, включително от лекуващите го лекари.

Дискусия

ХЕМИСФЕРНА ЛАТЕРАЛИЗАЦИЯ

С термина „хемисферна латерализация” в невропсихологията се означава феноменът на функционалните различия в двете хемисфери на човешкия краен мозък¹ (други термини – „функционална специализация”, „функционална асиметрия на церебралните хемисфери” или „мозъчна асиметрия”). Смята се, че специализацията на церебралните хемисфери е присъща само на човека, че представлява еволюционно приспособяване, провокирано от появата на езика и речта, за които функции се специализира изключително лявата хемисфера.

Специализацията на мозъчните хемисфери носи както ползи, така и загуби за ефективността на невропсихичната дейност. Като големи и важни ползи се изтъкват по-ефикасно оползотворяване на мозъчната кора без да се налага увеличаване на площта,

¹ Теоретичните възгледи за функционалната специализация на церебралните хемисфери са представени по [3] Асенова 2009: 34-36 и [29] Whitehouse et al. 2009: 1938-1943; Спецификите на хемисфералната латерализация при художници са допълвани от [28] Vogt et al. 2005: 324-333.



формиране на нови и много по-сложни когнитивни способности, обусловени и от сложните взаимодействия на различно специализираните хемисфери. Специализацията довежда и до евентуални загуби, които стават съществени при състояние на увреда – мозъкът не разполага с резервно чифтно поле, което да е готово веднага да поеме функциите на увредено поле. Понякога функциите на увредено поле в едната хемисфера могат да бъдат поети от другата, но след дълго обучение, без сигурен резултат и без постигане на предишния капацитет.

Изучаването на хемисфериалната латерализация започва през XIX в. от Дах и Вроса и продължава с голяма интензивност до днес. Първите изследователи поддържат възгледа за доминация на едната хемисфера - при десноръки доминантна е лява хемисфера, а при леворъки – дясната хемисфера. До средата на XX в. този възглед се развива понякога в не особено етични посоки - към расизъм и/или сексизъм. Мнозинството от съвременните изследователи се отказват от възгледа за доминантност на едната хемисфера и разглеждат латерализацията като функционална специализация, проявяваща се в тясно взаимодействие на мозъчните хемисфери при реализация на сложна психична дейност.

Съвременната наука е регистрирала следните **приоритети** в невропсихологическото функциониране на двете хемисфери:

ЛЯВА хемисфера	ДЯСНА хемисфера
вербални (езикова комуникация) - реч: устна и писмена	невербални (неезикова комуникация)
праксисни - реч: устна и писмена	гнозисни (узнаване и идентифициране) - цветове - лица - предметни звукове - музикални тонове и мелодии - перцепция и експресия на емоции - пространствена ориентация
говор: говорни звукове	музика: музикални звукове и мелодии
фина моторика: специализираните (културно провокирани) движения на пръстите на ръцете	

Освен различни приоритети, двете хемисфери имат и **противоположни принципи на функциониране:**

ЛЯВА хемисфера	ДЯСНА хемисфера
работи сукцесивно - анализира последователно, елемент по елемент в линейна последователност	работи симултантно - анализира едновременно съвкупността от елементи
обектът се моделира и разбира като йерархична и линейна структура	обектът с моделира и разбира като едно цяло в мрежова или кръгова структура
акцент на времето	акцент на пространството

Различните приоритети и принципи на функциониране на двете хемисфери определят различните им специализации:

ЛЯВА хемисфера	ДЯСНА хемисфера
правила	хаос
език	образи



детайли	цялостност
стратегия	любопитство,
рационалност	вяра, интуиция, емоция
логика	креативност, фантазия
Функции, свързани с категорията ВРЕМЕ	Функции, свързани с категорията ПРОСТРАНСТВО
анализ на информацията	синтез на информацията
класификация на признаците на обектите	обобщение на информацията
категориално опознаване	индивидуализирано опознаване на обектите (посредством емоционално отношение)
преработка на вербална информация	
програмиране на пракисни движения	
Типове мислене и задачи:	Типове мислене и задачи:
Резюмено мислене	конкретно мислене
логически задачи	образно-представно мислене
математически задачи	пространствено-конструктивни задачи

Именно поради установяване на множеството различни приоритети, принципи на функциониране и специализации на двете мозъчни хемисфери, е станало възможно да обясним човешкия начин на мислене като взаимоотношения и анализ на опозиции. Човекът мисли и разбира бинарно - чрез съпоставяне и класификация на противоположности.

Изследванията на хемисферната латерализация показват изключително богато многообразие на **индивидуални характеристики** във вида и степента на изразеност на специализацията на мозъчните хемисфери при всеки конкретен индивид. Многообразието се определя от две групи **фактори – генетични и социо-културни**. Генетични фактори са леворъкостта и десноръкостта, половата принадлежност и вродените нагласи. Социо-културни фактори са грамотността, обучението, образованието и професионалната реализация. По отношение на обучението и образованието са от значение неговото времетраене и придобиването на нови квалификации. Професионалната реализация акцентира и развива във висока степен някои определени функции и приоритети на едната или другата хемисфера [3:36].

Моето проучване се задълбочава върху темата за влиянието на професионалната реализация във формирането и експресията на хемисферната латерализация. Добре документираният случай със Златю Бояджиев предоставя възможност за изследване на професията на художника и конкретния случай на художник с афазия.

КОМУНИКАТИВНО ФУНКЦИОНИРАНЕ

Комуникативно функциониране преди инсулта

В мемоарните свидетелства за Златю Бояджиев няма данни за дефицити в областта на социалните взаимодействия и комуникацията. Има данни за отлично езиково функциониране и умела невербална комуникация – напр. успешно общуване с чужденци при невладееене на чужд език [13:210-211].

Изглежда и двете церебрални хемисфери на Златю Бояджиев са функционирали в норма. Лявохемисферната доминантност е ясно изразена чрез категорична десноръкост,



но и дясната хемисфера е функционирала достатъчно ефективно в области, които имат отношение към художествените умения и комуникацията.

Комуникативно функциониране след инсулта

Данните от медицинските изследвания на Златю Бояджиев дават сведения за диагнозата и оценката на състоянието веднага след инсулта и 14 години след инсулта. Предавам ги в съкратен вид, по публикациите на проф. Коста Заимов [32:377-417; 6: 140-146].

В продължение на две години след инцидента, състоянието на пациента се подобрява до степен, която му позволява да се движи сам, опирайки се на бастун, да ходи из града и да се връща сам, дори да пътува. Десният горен крайник остава почти неподвижен, особено в дисталната част. Речникът му е от около 70-80 думи.

„Като му се поставят различни въпроси, болният дава следните отговори (откъси от магнетофонен запис): Как сте? – Мо ... мо...Разбирате ли ме? – Ма ... мако(парафазия на „малко”, съпроводено с жива мимика и жестове). Спомняте ли си как се разболяхте? – Да ... да ...да ... да. Матча ... да ... да ... поно доктори (парафазична девиация на „пълно с доктори”). Поно ... така ... ро-о-оло-о-огота ... ро-о-га-а-та ... (вероятно „около леглото). По-нататък записът дава същите откъслеци от думи и само тук-там цели думи. Болният не успява, освен в отделни случаи, да повтори думите, произнесени от лекаря. Обикновено се получават само откъси от думи, звукови и сричкови парафазии. Болният не е в състояние да направи разлика между срички и едносрични думи с близко звучене като „ба” и „па” (обединява ги в „баба”), като „гол” и „кол” и др. Съвсем очевидно разбира известни Резюмени понятия като „справедливост”, „художество”, „кубизъм”, но не може да разбере думи като „норма, конституция, граматическо правило” и др. Не може да направи разлика между „брат на бащата” и „баща на брата”. За него е непонятен смисъла на пословиците.”

Езиковата му оскъдица се компенсира от богата и изразителна мимика. Способността му да разбира речта се възстановява в ниска степен – схваща преди всичко конкретните думи и късите изречения. Разбирането на речта показва особености - то е променливо в различните дни. От друга страна, не еднакво разбира всички - женските гласове са му по-разбираеми от мъжките. По-добре разбира гласовете на хора, които са му симпатични. Усилията му да се научи да чете остават напразни. Не може да пише, но много добре преписва текстове. С удоволствие слуша музика и веднага разпознава обичаните музикални творби.

Близките и познатите му смятат, че е възстановил цялата си предишна интелигентност. При трудни обстоятелства проявява находчивост. В непозната среда, например в чужбина, се ориентира бързо и добре. Паметта му не показва упадък.

След заболяването в характера му настъпва известна промяна. Той става „по-скромен, по-примирителен, по-разумен”, но в същото време и малко депримиран.

На петата година след удара, при смъртта на майка му, получава епилептичен припадък със загуба на съзнание. След това е получил 7 пристъпа, идентични с първия, на неравни интервали.

Първите опити да възстанови творческата си дейност датират три месеца след удара, по време на посещение на майка му. Работите му отначало са композиционно опростени. Малко по-малко движенията на ръката стават по-сръчни и отмерени и техниката се подобрява. За петнадесетина години след болестния период е нарисувал повече от 500 картини, като участва в изложби в България и в чужбина. Творбите му донасят многобройни награди и отличия, между които и титлата „Народен художник”.



Клиничното изследване на Златю Бояджиев, проведено в края на 1965 г. довежда до следното заключение: „В обобщение се касае за художник, който на възраст 48 години, в пълно здраве, е получил мозъчен удар, последван от парализа на десните крайници и афазия. Анализът на развитието на явлението показва, че с голяма вероятност може да се мисли за мозъчна тромбоза. В полза на предположението говори отсъствието на дълбока кома и наличието на тежки остатъчни явления.

Клиничното изследване на болния след 14 години показва типична картина на тежка дясна хемипареза, придружена от смесена моторна и сензорна афазия. Моторните смущения на речта, които бяха силно изразени, носеха белезите на моторна кортикална афазия, според класическата схема, с аграфия, затруднено повтаряне. Сензорните смущения на речта също така бяха от кортикален тип – невъзможност да четете, затруднено повтаряне.”

Свидетелства на близките за процесите на възстановяване, характеристиките промени и комуникативните умения.

Златю Бояджиев е имал истински късмет с любяща и проникателна съпруга, която точно е разбирала неговите чувства, намерения и желания още от идването му в съзнание [13:74-75, 155, 204]. Той не е изживял период, в който не е бил разбран от никого. Този факт се е отразил мотивиращо за възстановяването на комуникативните му способности.

Близките на художника свидетелстват за характерова промяна, която също е допринесла за неговото възстановяване, нови начини на комуникация и нов художествен стил [13:79, 194]: „Имало е преди един Златю, който четиридесет и девет години е кипял, ядосвал се е, понякога завиждал, понякога бил крайно нетърпелив към хората. Този Златю, който си ти сега, е изпълнен с непознато умиление: той е забравил кого е мразел, а обичаните обича два пъти повече”; „А бай Златю, казват, че някога бил амбициозен и честолюбив, сега не проявяваше никакво съзнание за почести и награди.”

След като Златю Бояджиев не успява да постигне почти никакви резултати от логопедичната терапия, започва да полага целенасочени усилия да развива невербалните си комуникативни умения – например, да наблюдава лицевата експресия на събеседниците си и да търси потвърждение дали разбира правилно техните послания [13:76]. „Гледането” се превръща в негов основен начин на мислене [13:84].

Златю Бояджиев е обичал да посещава концерти, опера, кино. Харесвал е динамичните сюжети – приключенски или битови. Бил е почитател на цирковото изкуство. От социалните събития е харесвал такива, които предлагат контакт с тъпши - панаири и сватби [13:185]. Очевидно е търсил ситуации в които да има повод да общува, по възможност - с много хора.

Описанията на комуникативните ситуации насочват към заключението, че Златю Бояджиев е развил свръх-умения за комуникация чрез телесни движения, жестове с ръце и предмети, движения на очите, изразителност на погледа, мимика, пантомима и др. Ще предам някои мемоарни примери за успешната му невербална комуникация.

Художникът окуражава лекаря си, доцент Янко Намичев, който е в болница след инфаркт, като го убеждава, че трябва да го нарисува [9:159]: „... обяснението му може да се тълкува по два начина: почти пантомимически, с два пръста ми показваше: „Един удар, втори удар и ... край. После, кой ще те нарисува?” или „Един инфаркт, втори инфаркт и – край – ще си умреш ненарисуван!”.

Най-интересните са сведенията на Рачо Попов, който е бил ежедневен събеседник на художника през целия афазичен период [13:173-189]. „Не мога да Ви обясня и сам не мога да си обясня как успявах всичко да му разбирам и той всичко ми разбираше.



Това беше по-важно, че намираше в мен събеседник. ... Разговаряхме на всякакви теми. Най-много за изкуството, за големи художници, артисти, изпълнители, но и за астрономия, пътешествия, курйози, събития, история, легенди – какво не.” [13:175]

Златю Бояджиев не се е съобразявал с правилата на добро поведение при невербалното си изразяване: дори на главната градска улица е крещял от възторг или изненада, прегръщал е приятелите с лявата си ръка, вторачвал е изразителните си очи в техните и многократно ги е целувал [5:171]. Много често е изразявал публично своето вълнение със сълзи – и от радост, и от мъка [13:178, 204, 193]. Тази освободеност от предразсъдъци и силно изразявана емоция несъмнено е имала връзка с лявохемисферните дефицити и дяснохемисферна компенсация.

Хиперболизираното изразяване на емоциите е станала характерен начин за общуване [13:188]. Златю Бояджиев е обичал да води, да показва, да търси съучастие на другите – това е бил неговият начин на споделяне. Изпитвал е огромна нужда да споделя, дори и най-малките нюанси на чувствата и преживяванията си [13:186-7]. За да си достави преживявания и да има с кого да ги сподели, нерядко е подтиквал приятелите си към авантюристични ситуации като спускане по стръмни дерета, преспиване на открито в природата и др.

Близките на художника, които са се разбирали взаимно с него, са играли ролята на „преводачи”, когато е разговарял с други хора [13:180-7]. С помощта на „преводачите” си, той е поддържал дори и писмена кореспонденция [13:184-5]. Ето пример за вербален превод на негово невербално съобщение в писмо: *„Пред джамията на Джумаята има тополи, а в тополите – хиляди врабци, които чуруликат и правят цяла симфония.”* Когато Бояджиев е бил без приятел-преводач, е рисувал това, което е искал да съобщи.

Разполагаме с данни за развиване на допълнителни дяснохемисферни специализации чрез „езика” на музиката. Златю Бояджиев е бил почитател на класическата музика и преди, но след инсулта още повече – често взема транзистор по време на разходките си [13:178], започва да рисува на фона на музика [13:178], особено при портретиране [13:90]. Тъй като не е можел да извлече информация за характера и начин на мислене на модела си, той е пускал предварително подбрана музика, предаваща собственото настроение и емоции. Наблюдавал е реакциите на модела под въздействието на подбраната музика и върху тях е правил изводи и художествени интерпретации. Не случайно аналитичното конструиране на формите в лицата на портретите от първия период (Фиг. 1, 3) е заменено от интуитивното симултанно пресъздаване на цялостни психологически характери във втория период (Фиг. 2, 4).

През последните осем години от живота си, Златю Бояджиев постоянно пътува. На пътешествия из България често е тръгвал сам и се е справял, включително в комуникацията с хора, които са му били интересни, и които е убеждавал да му стават модели. Познавал е всяко кътче в районите, които е посещавал някога и често е водел приятели по любимите си места [13:186-7]. Станал е запален фотограф – на врата му винаги е висял апарат „Юность”, с който е направил стотици хиляди фотографии, кадри от които е използвал в големите си композиции.²

При пътуванията в чужбина е предпочитал да се разхожда сам из непознатите градове, никога не се е загубвал и винаги се е връщал в хотела [9:158; 13:205]. Демонстрирал е изключително силна визуална памет, характерна за него и в периода преди инсулта. Способността му за пространствена ориентация е надвишавала

²По устни сведения на Ружа Маринска.



уменията на здравите членове на групите.³ Самите пътувания са извор на зрителни и пространствени възприятия, на разнообразни емоционални преживявания – все дяснохемисферални области на специализация.

В заключение по темата за комуникативните умения на Златю Бояджиев бих обобщила, че смесената моторно-сензорна кортикална афазия и обширната увреда в лявата хемисфера не е лишила художника от способността за мислене, планиране и последователно извършване на планираното, както и от способността да се изразява и комуникира, често без чужда помощ и в напълно непозната среда. Случаят със Златю Бояджиев показва, че вероятно дясната хемисфера активно участва в тези функции и без патология, но при нужда може да бъде в състояние да компенсира силни лявохемисферни дефицити, дори при човек на 50 годишна възраст.

АНАЛИЗ НА ХУДОЖЕСТВЕННОТО ТВОРЧЕСТВО

За да аргументирам хипотезата си за използване на силно развита дясна хемисфера за възстановяване на комуникативните функции и художествените способности при афазия, сравнявам произведенията на Златю Бояджиев от двата периода на творчеството му (Фиг. 1, 2). Опитвам се да идентифицирам онези характеристики на неговия художествен стил, които са изчезнали след увредата и да предположа кои функционални характеристики и приоритети на дясната хемисфера са по-силно изразени в творчеството му от периода на лявата ръка.

Изследването на живота на Златю Бояджиев ме насочва към предположението, че художественото творчество започва да играе роля на допълнителен канал за изразяване и общуване, което също следва да оказва влияние на промяната в художествения му стил (освен загубата на лявохемисферни функции).

След неуспешните опити за възвръщане на вербални умения (устни и писмени) и раздвижване на дясната ръка, както и след последвалата депресия [9:156-157], един от лекуващите лекари предлага на Бояджиев да пробва да рисува с лявата ръка [13:76-78]. В началото художникът дори не си спомня за какво му е служила ръката. Отключващият момент настъпва с първото посещение на майка му, която го подтиква да я нарисова – резултатът е един несръчен профил [1:128], който показва наличието на канал, по който може да се тръгне в посока към възстановяване на комуникативните умения и възстановяването на желанието за живот.

Намирането на новия художествен стил се случва скоро след като Златю Бояджиев започва да упражнява лявата си ръка [13:79-80; 9:157-8]. В първите месеци художникът настоятелно, но напразно се опитва да постигне стария си стил. Бил е твърде недоволен от резултатите – неведнъж са го заварвали да плаче пред рисунките си. Не след дълго той се примирява и оставя лявата си ръка да изразява преживяването по начин, който ѝ приляга [13:81; 5:168-9].

Осем-девет месеца след удара Златю Бояджиев започва да се разхожда сам и да рисува извън дома си – самостоятелната двигателна активност и съпътстващите я нови преживявания със сигурност са дали допълнителен тласък за подобряване на праксисните умения. Именно в този момент художникът изхвърля завинаги тъмните тонове и започва да рисува със светли, плътни, ярки цветове, с „чисти бои“ [13:80, 83; 1:128], както той се изразява (Фиг. 4). Две години след инсульта, през 1953 г. лявата му ръка вече е достатъчно обучена и той преминава към маслени портрети и пейзажи.

Художественото творчество на Златю Бояджиев във всичките му периоди определено репрезентира един и същ вътрешен свят, което показва висока степен на

³ С голяма благодарност към Ружа Маринска за споделените впечатления от поведението на Златю Бояджиев по време на негова изложба в Москва през 1974 г.



съхранение на личностните характеристики и интелект [6:142]. Художникът се вълнува от една и съща тематика, подхранена от дълбокия му брезовски корен⁴ – поетиката на българското село (Фиг. 4, 5, 6, 9, 11, 12, 15, 16), портретите (Фиг. 1, 2, 3, 4, 10, 14) и по-малко градските пейзажи (Фиг. 7) [4]. Характерни черти за творчеството му от всички периоди е многопластовостта, създаването на митологичен свят, на картини-притчи. Бояджиев винаги е рисувал собственото преживяно и винаги се е интересувал главно от драмата на човешкото съществуване.

Разликите в художествените характеристики на творчеството му в периодите преди и след мозъчния инсулт са отчетливи в областта на стила, емоцията и посланията. Позитивните промени в характера му се отразяват и на произведенията му – в светлата ярка цвятова гама, в позитивните послания, в мажорната тоналност на представените емоции, в емпатията, изразявана често и към гротескно-карикатурните персонажи (Фиг. 8, 9, 12).

Колегата му Кирил Деспотов характеризира промените в художественото изразяване на Златю Бояджиев: „*Като да е изтрита от кръвоизлива цялата мозъчна надстройка, придобита от живота след изселването от Брезово ... Заличен е критикът, оформил се от школовката. Останало е чистото чувство, свързано със спомените от Брезово, с наивното детско виждане и отношение ...*” [13:43, 54]

Ще представя някои от художествените характеристики на произведенията на Златю Бояджиев в двата периода, които оценявам като свързани със специализациите на лявата и дясната мозъчна хемисфера.

Период на дясната ръка /лява хемисфера - неокласически стил (Фиг. 1, 3, 5, 6)

Според Димитър Аврамов, през този период Бояджиев представя „*една класическа, почти иконописна техника, при която формите са релефно и гладко моделирани чрез тънък и хомогенен багрен слой, ясно отграничени една от друга чрез стилно изчистени контури и проектирани върху едно рационално разчетено и солидно композирано пространство.*” [2:31]

- Виждали са в него нашенския Брьогел [2:70].
- Образите са сериозни, представителни, тържествени; или епични, драматични, трагично-ужасяващо-величави, идеализирани [2:70].
- Стилизация, яснота и отчетливост, символизъм [2:70].
- Линеарност: остра изразителност на рисунъка, линеарно изграждане на формите, понякога до графичност; перфектна линейна перспектива.
- Покой и статика на образите, статично напрежение и драматизъм на композицията [2:70].
- Перфектни пропорции и ракурси, особено на едрите човешките фигури на преден план; малък брой фигури, детайлно разработени.
- Тъмна гама на неживите обекти, прозирни цветове на човешката кожа, особено на лицата; майсторско разработване на светлина, тъмнина и светлосянка.
- Перфекционизъм по отношение на детайлите; времеви характеристики – ритъм и повествователност.
- Рационализиращата стилизация, рационалистическа схематизация и категоризация.
- Минорна емоционална гама
- Рационализъм, последователност, съвестност, точност

⁴ [8] Маринска, „Почивка” на Златю Бояджиев – с огромна благодарност за предоставения непубликуван текст.



Период на лявата ръка – наивистичен стил, приказност

- Преобладаващо симетрични или уравновесени композиции (Фиг. 4, 8, 10, 11, 14)
- десетки фигури в една композиция (Фиг. 7, 8)
- човешките фигури и лица са форми-петна, предадени чрез едри мазки на четката; неразработени детайли (Фиг. 4, 7, 8, 9, 11, 12)
- живописна раздвиженост и експресивност, създадени от неспокойните мазки на четката (Фиг. 2, 4, 7, 11, 12)
- плътни и ярки тонове, включително на лицата, преобладаваща светла гама, силна експресия, мажорна емоционална гама (Фиг. 4, 7, 10);
- хаотичност и движение, драматизъм и динамично напрежение (Фиг. 2, 7, 8, 12)
- не разработва опозицията светлина-тъмнина, както и светлосянката; плоскостност на формите, (Фиг. 2, 4, 7, 8, 10, 11)
- Перспективни нарушения: **плановете не се развиват в дълбочина**, а във височина „етажно“/„стъпаловидно“ разположени (Фиг. 7, 8, 10, 11);
- Перспективни нарушения: **фигури на преден план, които са по-дребни от тези на втори план** (Фиг. 7, 8, 9). Планинските върхове на трети план са в пъти по-високи, отколкото би трябвало, ако се спазват законите на линейната перспектива (Фиг. 7, 8, 11).
- Перспективни нарушения: **слаби или липсващи перспективни съкращения**; няколко **несъвместими гледни точки към една и съща фигура** (Фиг. 10). Няколко несъвместими гледни точки към елементите на една и съща композиция (Фиг. 11).
- Перспективни нарушения: **нереалистични ракурси, деформиращи пропорциите на човешките фигури** – като да са наблюдавани едновременно фронтално и от позиция ниско долу (с огромни стъпала, дълги крака и дребни глави), или фронтално и високо отгоре (с прекалено дълги глави и/или ръце) - Фиг. 12.
- Перспективните неточности в композициите на Златю Бояджиев наподобяват демонстрираните от пациенти нарушения на **конструктивния праксис** при лявохемисферни увреди или при **калозотомия** и рисуване с лява ръка [16:73-105] – общата форма е предадена вярно и разпознаваемо, но перспективните съкращения са силно деформирани (Фиг. 13).
- противоречиви човешки характери, **гротескова** образност, представяща митологичен свят; едновременно **позитивно-иронично** отношение към характеристиките – смешно-привлекателни; симпатично-грозни; трагично-комични или комично-трагични (Фиг. 9, 12).
- силно изразена фантазия - реалното и въображаемото са слети в чудновати, образи и светове (картините, рисувани от художниците във фас в платното от Фиг. 14, са видими от гледната точка на наблюдателя)
 - ирационализъм, интуитивност, асоциативност
 - **“магически” реализъм**,⁵ наивизъм, експресивен стил, **„българският Ван Гог“**
 - близостта на преживяванията при **съновидения** и образността в картините на Златю Бояджиев. Допуска се, че преживяванията на болни със сензорна афазия съдържат множество сходни черти с преживяванията в съня, тъй като в сънуването липсват преди всичко вербалните структури, които при афазията са извадени от функция по траен начин от патологичния процес [6:152].

⁵ Терминът е въведен от Ружа Маринска.



Какви стилови характеристики изчезват в периода на лявата ръка (които идентифицирам със специализациите на лявата хемисфера):

- Изискванията за живописни характеристики и техники на теоретическото академично образование
 - Линеарното изграждане на формите, графичния рисунок, загладената техника на фактурата, рационализиращата стилизация
 - Перфектната линейна перспектива и перспективните съкращения
 - Дълбочината на триизмерното пространство
- Прозрачността на човешката кожа, тъмните тонове
- Линейно последователно време, изразено чрез:
 - разказвателна сюжетност (напр. почиват по време на сенокос, след почивката отново ще косят),
 - подреденост и разработване на детайлите.
- Абстракцията, теоретизацията и идеализацията на образите
- Минорната, сериозната и тържествената емоционалност

Области на специализация на дясната хемисфера, водещи в комуникацията и в художественото творчество през периода на лявата ръка

Кои области на дяснохемисферната специализация, приоритети и методи на функциониране намирам като стимулиращи комуникативните умения и като ярко изявиени чрез художествения стил на Златю Бояджиев след инсульта? Накратко – почти всички, които са ми известни от научната литература:

- на първо място невербалните модалности на комуникацията: вокалика, кинетика (мимика, поглед, жестове, поза), проксемика, хаптика, олфактика, хронемика, цивилизационна (външен вид);
- гнозисните функции: цветове, лица, предметни звукове, музика, перцепция и експресия на емоции, пространствена ориентация;
- симултанният анализ и моделиране на цялото – едновременно, нелинейно анализиране или представяне на съвкупността от елементи (предава информация основно за настроения, чувства, оценки);
- акцент на моделиране става пространството, а не времето;
- синтез и обобщение на информацията;
- индивидуализирано опознаване на обектите, посредством емоционално отношение;
- конкретно, образно-представно и конструктивно мислене;
- асоциативността на образното мислене;
- любопитство, вяра, интуиция, емоция;
- креативност, фантазия.

Заключение

Периоди и подпериоди в творчеството на Златю Бояджиев

Трябва да се отбележи, че и в периода на дясната ръка в творчеството на Бояджиев се забелязват част от стиловите характеристики от периода на лявата ръка. Това е естествено, тъй като в първия период той е разполагал и с двете си нормално функциониращи церебрални хемисфери.



Периодът преди инсульта може да се раздели стилово на два подпериода.⁶ Първият обхваща годините 1925-1938, когато Бояджиев работи в ателие за фирмени надписи, учи в Художествената академия и преподава рисуване в средни училища [10:7]. Характерни за този подпериод са експресивните пейзажи и композиции (Фиг. 15), в които боите често са нанасяни направо с ножа или шпаклата. В стила му изглеждат водещи дяснохемисферни характеристики „силна експресивност, обобщеност на формата, постигната чрез бързи удари на четката и наслоявания на мазките” [10:7]. Димитър Аврамов го характеризира като „експанзивен художник” [1:121; 2:37]. Стилистичните сходства с произведенията от периода на лявата ръка са значителни. Наблюдението може да послужи като аргумент за налично високо функциониране и на дясната хемисфера, въпреки демонстрираната преди инсульта лявохемисферна доминантност (десноръкост). Изявената експресия на дяснохемисферни функции следва да се обясни с генетична предпоставеност, с художническото образование и с дългогодишната професионална практика.

След едно пътуване в Италия през 1939 г. се забелязва рязка промяна в живописния стил на Златю Бояджиев – според Ружа Маринска, с български материал Бояджиев се приобщава и успешно се вписва в Европейския реализъм в изкуството на 30-те години на XX в.⁷ (Фиг. 1, 3, 5, 6). Димитър Аврамов определя новия стил като неокласически [2:37] и смята, че в този период художникът е „имал ясното съзнание, че в изкуството човек трябва да се обуздава, да си налага ограничения, да възпира темперамента си чрез контрол на разума”, художникът е „рискувал да изсуши формата, да стерилизира емоцията, да отдели част от жизнената непосредственост на творбата”. [1: 121; 2: 47, 63]

Стиловата промяна в контекста на това изследване бих характеризирала като засилена експресия на лявохемисферните функции в резултат на обучение, тренинг и съзнателен избор. Това са картините, от които бяха извлечени т. нар. „лявохемисферни” стилови характеристики. Този подпериод продължава в годините 1940-1951. В същия период Бояджиев живописва от време навреме и другия тип картини [5: 167; 2:65], които наричам условно „дяснохемисферни”.

Едно от най-забележително сред тези платна е „Свинарка” от 1946 г. (Фиг. 16) - високо оценявано произведение на художника във всички времена и от всички видове публика [13:63-64]. Смятам го за добра илюстрация на хипотезата ми за силното функциониране на дясната хемисфера още в периода преди инсульта. Предполагам, че възстановяването на комуникативните умения на Златю Бояджиев след инсульта, неочакваната посока за развиване на таланта му и огромната му продуктивност, са повлияни в голяма степен от работата на силно функционираща и силно компенсираща дясна мозъчна хемисфера.

Библиография

- [1]. **Аврамов 1981:** Аврамов, Д. Златю Бояджиев. В: Стефанова, Н. (ред.), *Книга за Златю Бояджиев*. Изд. „Хр. Г. Данов”, Пловдив, 1981.
- [2]. **Аврамов 2013:** Аврамов, Д. *Златю Бояджиев*. София, изд. „Стефан Добрев”, 2013.
- [3]. **Асенова 2009:** Асенова, Ив. Невропсихология, Благоевград, „Санин НиН”, 2009.
- [4]. **Вучева 2010:** Вучева, Т. Творческият порив на художника. – *Нова зора*, бр.39, 2 ноември 2010 г. http://www.novazora.net/2010/issue39/story_11.html Посетена на 07.12.2014 г.
- [5]. **Деспотов 1981.** Деспотов, К. Спомени за Златю. В: Стефанова, Н. (ред.), *Книга за Златю Бояджиев*. Изд. „Хр. Г. Данов”, Пловдив, 1981, с. 160-189.

⁶ Подобен възглед у [2] Аврамов 2013: 30-31; [10] Николова 20136.

⁷ [8] Маринска, „Почивка” на Златю Бояджиев – с огромна благодарност за предоставения непубликуван текст.



- [6]. **Займов и съавт. 1981.** Займов, К., Д. Китов, К. Колев и др. Афазията на един художник. Превод Н. Стефанова. В: Стефанова, Н. (ред.), *Книга за Златю Бояджиев*. Изд. „Хр. Г. Данов”, Пловдив, 1981, с. 140-153.
- [7]. **Килимов 2008:** Килимов, Н. Професор Коста Займов в края на 90-ото му десетилетие: очерк за основни моменти в неговото творчество. – *Българска неврология*, декември 2008, 172-180.
- [8]. **Маринска „Почивка” на Златю Бояджиев** Маринска, Р. *Почивка, 1942 г., на Златю Бояджиев*. Непубликуван текст.
- [9]. **Намичев 1981:** Намичев, Я. Спомен за Златю Бояджиев от доцент д-р Янко Намичев. В: Стефанова, Н. (ред.), *Книга за Златю Бояджиев*. Изд. „Хр. Г. Данов”, Пловдив, 1981, с. 154-159.
- [10]. **Николова 2013а:** Николова, С. Златю Бояджиев. В: Филева А., и др. *Златю Бояджиев и Бараците. Каталог по повод едноименната изложба в Софийска градска художествена галерия, юни-август 2013*. София, 2013, с. 7-9. http://issuu.com/mariaart/docs/web_katalogbaratsite Посетена на 07.12.2014 г.
- [11]. **Николова 2013б:** Николова, С. Спомен за Златю Бояджиев. – *Култура*, 2013/34, 18.10.2013.
- [12]. **Пампулов 2013:** Пампулов, Д. *Златю Бояджиев – виденията на великия майстор*. Пловдив, Жанет 45, 2013 г.
- [13]. **Стефанова 1981.** Стефанова, Н. (ред.), *Книга за Златю Бояджиев*. Изд. „Хр. Г. Данов”, Пловдив, 1981.
- [14]. **Bänzner et al.2006:** Bänzner, H., M. Hennerici. Stroke in Painters. - *International Review of Neurobiology*, Volume 74, 2006, pp. 165-191.
- [15]. **Blanke 2007:** Blanke O.I and Me: Self-Portraiture in Brain Damage. In: Bogousslavsky J, Hennerici MG (eds): *Neurological Disorders in Famous Artists – Part 2*. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, 2007, vol 22, pp 14–29.
- [16]. **Bogen 1969:** Bogen J. E., The Other Side of the Brain I: Dysgraphia and Dyscopia Following Cerebral Commissurotomy - *Bull. Los Angeles Neurol. Soc.*, 1969, Vol. 34: 73-105(No. 2, April).
- [17]. **Bogousslavsky et al. 2007:** Bogousslavsky J., M. G. Hennerici. Neurological Disorders in Famous Artists, Vol. I-II, *Frontiers of Neurology and Neuroscience, Vol. 22*. Karger Medical and Scientific Publishers, 2007.
- [18]. **Boller et al. 2005:** Boller, F., E. Sinfioriani, A. Mazzucchi. Preserved painting abilities after a stroke. The case of Paul-Elie Gernez. – *Functional Neurology* 2005, 20(4): 151-155. http://www.functionalneurology.com/materiale_cic/107_XX_4/957_Preserved/index.html Visited on 05-11-2014.
- [19]. **Bradley et al. 2006:** Bradley, R. J., R. A. Harris, P. Jenner, 2006. *The Neurobiology of Painting: International Review of Neurobiology*. Academic Press, 2006.
- [20]. **Carmi et al. 1996:** Carmi, Sh. T. Mashiah. Painting as Language for a Stroke Patient. - *Art Therapy*, Volume 13, Issue 4, October 1996, p. 265-269.
- [21]. **Chatterjee 2004:** Chatterjee, A. The Neuropsychology of Visual Artistic Production. - *Neuropsychologia*, Volume 42, Issue 11, 2004, Pages 1568-1583.
- [22]. **Chatterjee 2006:** Chatterjee, A. The Neuropsychology of Visual Art: Conferring Capacity. - *International Review of Neurobiology*, Volume 74, 2006, Pages 39-49.
- [23]. **Chatterjee 2011:** Chatterjee, A. et al. Artistic Production Following Brain Damage: A Study of Three Artists. - *Leonardo*, 44 (2011), pp. 405–410.
- [24]. **Martin 2006:** Martin, G. N. Human Neuropsychology. Pearson Education, 2006, 246-249.
- [25]. **Mazzucchi et al. 2013:** Mazzucchi, A., E. Sinfioriani, F. Boller. Focal cerebral lesions and painting abilities. In: *Progress in Brain Research, The Fine Arts, Neurology, and Neuroscience – New Discoveries and Changing Landscapes*. Volume 204, 2013, Pages 71-98.
- [26]. **Pillon et al. 1980:** Pillon B, Signoret JL, Van Eeckhout P, Lhermitte F. Possible effects of drawing on the language and re-education of an aphasic patient (author's transl in French) - *Rev Neurol (Paris)*. 1980;136(10):699-710.
- [27]. **Takahata et al. 2014:** Takahata, Keisuke, Fumie Saito, Taro Muramatsu, Makiko Yamada, Joichiro Shirahase, Hajime Tabuchi, Tetsuya Suhara, Masaru Mimura, Motoichiro Kato. Emergence of realism: Enhanced visual artistry and high accuracy of visual numerosity representation after left prefrontal damage. – *Neuropsychologia* 57 (2014), 38–49.
- [28]. **Vogt et al. 2005:** Vogt, S., S. Magnussen. Hemispheric specialization and recognition memory for abstract and realistic pictures: A comparison of painters and laymen. - *Brain and Cognition* 58 (2005) 324–333.
- [29]. **Whitehouse et al. 2009:** Whitehouse, A. J.O., D. V.M. Bishop. Hemispheric division of function is the result of independent probabilistic biases. *Neuropsychologia* 47 (2009) 1938–1943.
- [30]. **Winner et al. 1998:** Winner, E., C. V. Karolyi. Artistry and Aphasia. - *Acquired Aphasia (Third Edition)*, 1998, pp. 375-411.



- [31]. **Zaidel 2005:** Zaidel D. W. (Ed) *Neuropsychology of Art: Neurological, Cognitive and Evolutionary Perspectives*. Hove, UK: Psychology Press, 2005, chapter II, Zlatio Boyadjiev (all 261 p.).
- [32]. **Zaimov et al.1969:**Zaimov K, Kitov D, Kolev N., (En collaboration avec Marie-Christine, Regnault et Francois Perot) Aphasie chez un Peintre. Essai danalyse de certains elements de Loeuvre du peintre bulgare Z. B., avant et apres une hemiplegie aphasique. Quelques confrontations avec le cas Vierge. *Encéphale* 1969,58(15): 377-417.

Информация за автора:

д-р Росица Гичева-Меймари - главен асистент в НБУ, доктор по теория на изкуствата (изобразително изкуство), магистър по история (стара, средновековна история и тракология) и дипломант в магистърска програма „Рехабилитация при езикова и речева патология” в НБУ.

Емайл:



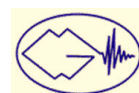
Илюстрации:



Фиг. 1. “Диптих” (Семеен портрет на художника и жена му), 1941 г.



Фиг. 2. “Златю и братовчедът Златю”, 1967 г.





Фиг. 3. „Зафирка”, 1940 г.



Фиг. 4. „В ръжта” (Майка му и баща му), 1966 г.

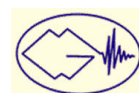




Фиг. 5. „На нивата”, 1942 г.



Фиг. 6. „Почивка” (или „Сенокос”, или „Косач си кове косата”), 1942 г.





Фиг. 7. “Имарет джамия” (в Пловдив), недатирана от периода на лявата ръка





Фиг. 8. „Апокалипсис”, 1969 г. Фиг. 9. „Молебен за дъжд”, 1973 г.



Фиг. 10. а. „Автопортрет на трон”, 1967 г.; б. „Семеен портрет”, 1967 г.



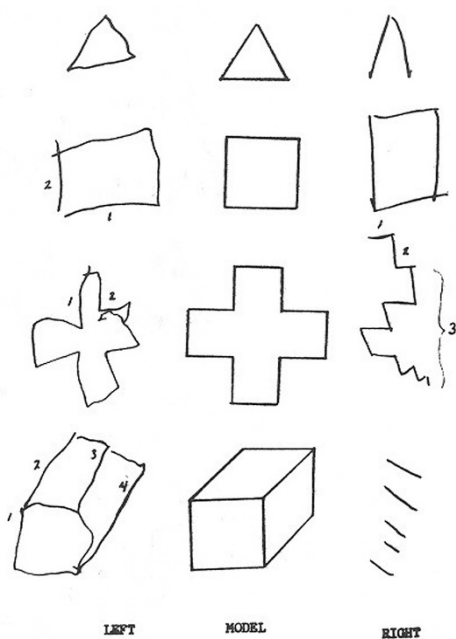


Фиг. 11.а. „Продавач на оцет”, 1970 г.; б. „Кошари”, 1961 г.



Фиг. 12.а. „Свинар”, 1971 г.; б. „Пастир и свинарка”, 1964 г.





Фиг. 13. Прерисуване на фигури от пациент с калозотомия, по [16].



Фиг. 14. „Бараците”, 1964 г



Фиг. 15. „Брезово”, 1934 г.



Фиг. 16. „Свинарка”, 1946 г.



ПРАКТИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ПАРТНЬОРСТВОТО В ЕКИП ПРИ КОХЛЕАРНА ИМПЛАНТАЦИЯ

Славина Лозанова
Нов Български университет

Резюме: Настоящият текст разглежда партньорството в екип като главна предпоставка и условие за осигуряване на пълноценна среда за слуховото и езиково-говорното развитие на кохлеарно имплантирани деца. Предизвикателствата на съвместното функциониране на единен екип с мултидисциплинарен характер се интерпретират от теоретична перспектива и с оглед на наличния опит в областта. Дискутират се изразените трудности в практическата работа и се предлагат решения, които да подпомогнат комуникацията между членовете на отделните екипи.

Ключови думи: глухота, кохлеарна имплантация, мултидисциплинарен екип, оценка на слуховото възприятие

PRACTICAL ASPECTS OF COCHLEARIMPLANT TEAM PARTNERSHIP

Slavina Lozanova
New Bulgarian University

Abstract: Cochlear implantation has proven to be the most significant technological achievements recently. One major component in success achievement is the partnership between educational professionals, medical team and local support services (speech and language pathologist, auditory-verbal therapist, and resource teachers) working as a solid team. This article provides basic information on cochlear implantation reviewing frequently experienced difficulties in order to present guidelines on how to improve communication and collaboration between the multidisciplinary cochlear implant team members.

Keywords: deafness, cochlear implantation, multidisciplinary cochlear implant team, auditory-verbal assessment

Въведение

Значението на слуха за качеството на слуховото възприятие, развитието на езиковата способност, спонтанното овладяване на език и конкретната му реализация в комуникацията под формата на реч, е безспорно. Значението на слуховото нарушение обаче се интерпретира по различен начин, съобразно теоретичните убеждения на двата основни концептуални модела – медицинският и социокултурният. Докато първият модел разглежда слуховия дефицит на равна основа с всяко друго нарушение, а хората с увреден слух като отделна категория лица със специални потребности, то социокултурните постановки извеждат личността на детето (а не неговия дефект) на първо място, с категоричното убеждение, че социалното благополучие и личностно-емоционалния комфорт не зависят единствено от свършено развитата езикова компетентност на вербален език (Lane, 1992, Padden & Humphries, 1988). Кохлеарната имплантация като цялостен подход към глухотата⁸ се вписва в теоретичната рамка на медицинския модел, според който пълноценното езиково-говорно развитие на децата с увреден слух се осигурява с навременно слухопротезиране в ранна детска възраст и посредством корекционно-терапевтични дейности в богата вокално-слухова среда. Компромисният момент между двата модела е използването и въвеждането на жестова комуникация непосредствено след откриване на слуховото нарушение дори при кохлеарно имплантирани деца (Nussbaum, Scott, Waddy-Smith & Koch, 2004).

⁸ Терминът глухота се използва като обобщаващо понятие за всяка степен на аудиологично отклонение от нормалното функциониране на слуховото възприятие – от леки до значителни слухови нарушения.



Кохлеарната имплантация (КИ) е постижение на съвременните технологии, което има за цел да подобри слуховите възможности за възприемане на акустични сигнали и реч при деца със слухова увреда. За разлика от конвенционалните слухови апарати (звукоусилващи апарати) кохлеарно имплантните системи (КИС) са комплексни електронни устройства, които компенсират функцията на кортиевиия орган (или нефункциониращите части от вътрешното ухо), стимулирайки окончанията на слуховия нерв. Кохлеарният имплант се поставя оперативно и чрез работата на всяка част от системата (външна и вътрешна) осигурява възприемане на всички сигнали от околната среда в рамките на ниските, средните и високите честоти. Аналоговите или цифрово-програмируеми слухови апарати разчитат на остатъчния слух, повишавайки акустичното възприятие. Те не могат да възстановят слуха напълно. Увеличаването силата на звука не може да компенсира функциите на увредените клетки, специализирани и отговорни за възприемането и преработката на различни акустични честоти. Така например речеви звукове от високите честоти, които много често остават недостъпни при слухопротезиране със звукоусилващи слухови апарати, се възприемат безпроблемно с помощта на КИС.

Наличието на противоречия относно ползата (и вредата) от КИ могат да се обяснят с влиянието на хетерогенните фактори, предопределящи личностното развитие на индивида и неговата изява като част от социалната и културната среда. Възможностите на КИС като най-модерният технологичен продукт не се оспорва от специалистите толкова, колкото въпросът за осигуряването на необходимите за успешно развитие след КИ условия. Едно от тях се отнася до мултидисциплинарния характер на дейността и идеята за партньорство между всички специалисти, иначе професионално изявяващи се в различни направления, но обединени от спецификата и проблематиката на кохлеарната имплантация.

Целта на настоящата статия е да обърне внимание на партньорството между екипите по кохлеарна имплантация като една от предпоставките за благоприятно и пълноценно езиково-говорно развитие на детето с кохлеарна имплантация, което заедно с родителите си, е във фокуса на професионалното внимание и в центъра на клиничната програма.

За да се стигне до същината на екипната дейност, е необходимо да се уточнят клиниката и особеностите на цялостната система на взаимодействие и въздействие с детето в разглежданата проблематика. Съставът и функциите на интердисциплинарния екип се уточняват след анализ на литературата в областта и на базата на наблюденията и практическия опит на автора като част от един от трите клинични екипа – УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ, Военномедицинска академия и Тракийски център за кохлеарни имплантации, Болница Тракия, Стара Загора⁹, специализирани в селекцията на кандидати за кохлеарна имплантация, хирургично поставяне на КИ, консултирането и рехабилитацията на имплантирани деца и възрастни.

Едно от предизвикателната при КИ е резултат от интердисциплинарния характер на цялостната дейност по вземането на решение за имплантация, провеждането на предоперативната диагностика, инициативите по консултирането и осигуряването на рехабилитацията. Всяка научна област използва собствен категориален апарат, методология и методи на изследване и разчита на различна съдържателна терминологична база за тълкуване на своя обект и предмет на дейност. Забелязва се терминологично несъответствие по отношение на типологизиране на слуховото нарушение и на лицата със слухова загуба. В медицински аспект класификацията на слуховите увреди се базира на типа (кондуктивна, невросензорна или централен тип) и

⁹Медицинските заведения са изброени хронологично.



степената на патологична увреденост. Последната се определя от възможностите за възприемане на слух на различни акустични стимули по отношение на честотата, измервана в децибели (dB) и интензитета на сигнала, измерван в херци (Hz). И до днес продължава да се използва модифицираната класификация на Шишков и Стаматов (1981), която разграничава слуховата загуба на четири степени:

- 1) социално адекватен слух (до 35 dB);
- 2) тежко чуване (36-60 dB);
- 3) практическа глухота (61-90 dB);
- 4) глухота (над 90 dB).

Материал и метод

В системата на образованието, и с оглед на диференцираното обучение, се използват различни класификации, една от които е на Боскис (1965). Според нея децата с увреден слух се вписват в две категории – слабочуващи и глухи, които се делят на две подкатегории според равнището на развитие на устната им реч. В съгласие с класификацията, представена от Балканска и Трошева (2014: 269-274) препоръчваме нарушението на слуха да се разглежда като фактор на влияние върху развитието на езика и говора, социалното развитие и по отношение на образователните потребности на детето.

Друго обстоятелство, което води до недоразумения в интерпретирането на състоянието, е свързано с практиката на ТЕЛК да оценяват нарушението. В медицинските протоколи „инвалидността“ на лицата със слухови нарушения се измерва в проценти. Нерядко се случва родителите да бъркат „dB“ с „%“ инвалидност и на въпроса „Колко е слуховата загуба?“ да се отговаря в проценти – например „50 (%)“. Ето защо е препоръчително специалистите да умеят да разчитат видове аудиограми на тонална прагова и надпрагова аудиометрия, но и да са запознати с други методи за изследване на слуха и начините за документиране на резултатите от тях (Дионисиева, 1996; Речицкая, 2004).

Съотношението между съхранения/увредения слух, времето на възникване на глухотата и равнището на езиковата компетентност има отношение към планиране на езиковата терапия и методологичното организиране на слуховия тренинг. Независимо от аудиометричните резултати за изработване на обща и специализирана езиково-говорна програма, е добре специалистите да проведат речева и говорна оценка на слуховите възможности, с която да маркират звуковете, които не се перцептират слухово или се възприемат, но при спазване на определените изисквания за акустична достъпност на средата. Ling-тест (Ling, 1989) често се използва за диагностициране на слуховото възприятие за честотите от говорния диапазон. Тестът се състои от шест звука – М, О, И, А, Ш, С, които се подават на различна сензорна основа в зависимост от етапа на работа¹⁰. Ling-звуковете могат успешно да се използват както за диагностициране на състоянието на слуховите способности преди имплантирането, когато детето е без слухов апарат или слухопротезирано със звукоусилващ такъв, така и след имплантирането.

В постоперационния период звуковете намират място в терапията на всеки етап от съдържанието на терапевтичната програма. Служат за изработване на условна реакция на звук за говорните честоти на етапа на детекция (откриване на звук) – „има – няма звук“. На етапа на диференциране се използват за изработване на умения за

¹⁰Ling-звуковете в оригиналния си вариант са М [m], ОО [u],ЕЕ [i], АН [a],SH [sh], S [s](Cochlear. Hearnow. Andalways), адаптирани за българския език във вариант О вместо У. Редът на изписване отговаря на честотните характеристики на звуковете – М е с най-ниска, а С е с най-висока честота.



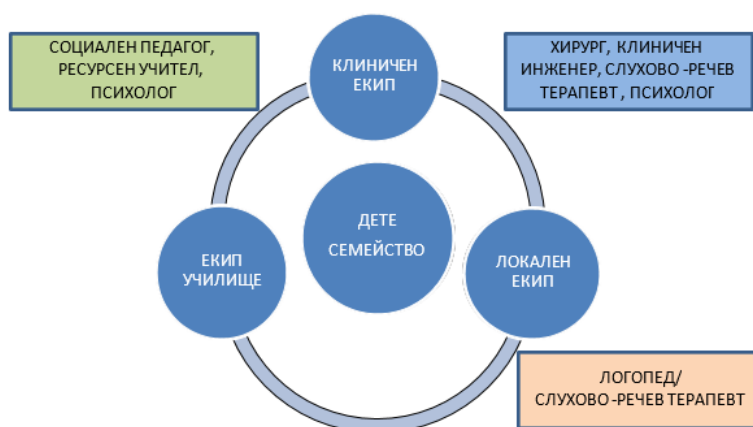
разграничаване между речеви и неречеви акустични сигнали, както и за разпознаване на отделни речеви звукове. На етапа на идентификация шестте звука се използват като ориентир относно качеството на слухово възприемане за референтните (говорни) честоти. Препоръчително е при изработена условна реакция към Ling-звуковете и по-късно при тяхното коректно разпознаване да се подават всекидневно, дори по два пъти на ден с цел проверка изправността на КИС. В практиката на слуховия тренинг всяко занятие започва с Ling-звуковете (Estabrooks, 1994, Cochlear, 2003). Подаването на всеки звук става на слух, след предварителната уговорка с детето за указване на реакцията – вдигане на ръка, хвърляне на предмет, имитация на звука или посочване му сред други написани звукове.

Времето на слуховото нарушение към времето на овладяване на езика се счита за особено важен критерий при планиране на многокомпонентната система за интензивна и последващата (ре)хабилитация на слуха и говора (Балканска, 2009; Петкова, 2006;). Петкова отбелязва, че докато при постлингвална слухова загуба рехабилитацията цели възстановяване на слухово-речевото възприятие, то терапевтичната дейност при малки деца, загубили слуха си преди да са усвоили езика, следва напълно различни задачи от типа – приобщаване на детето към кохлеарно имплантната система (КИС), изграждане на навици за използване на слуха поетапно по модела на слуховия онтогенезис и за сформирани на централни слухови механизми, отговорни за възприемане на акустични сигнали.

Във връзка с методологията на слуховия тренинг могат да се очертаят два подхода. Балканска (2009) обръща внимание на различията между двата модела на развитие на слуховото възприятие, интерпретиращи стадийния развой по различен начин. Според част от авторите (Estabrooks & Marlow, 2000; Дионисиева, 2008) слуховата терапия започва със създаване на умения у детето да реагира на звук, да открива предметни и речеви звуци (детекция), последван от етапа на дискриминация – да различава два близки или различни в акустично отношение звуци само по тяхната акустична форма. Третият етап предполага разпознаване на източника на звучене, който придобива пълно значение и разбиране в последния етап от терапията. Други автори (Nevins, Chute, 1996) разглеждат идентификацията преди диференциацията с убеждението, че *„детето трябва да изгради пълна представа за звука – от усещането до асоциирането му с източника, който го издава и едва тогава да премине към диференциация на два или повече звуци“* (Балканска, 2009:165).

Оказва се, че от етапа на селекция на кандидатите подходящи за КИ, през оперативния, по-късно постоперативния период, участват различни специалисти, които, за да постигнат резултати и прогрес трябва да действат съвместно като екип, представен на *фигура. 1.*

Интердисциплинарен екип



Фигура 1



Според Archbold & Phil (2005, по Балканска, 2009:31) съвместната дейност при КИ на различни специалисти може да се осъществи по различни начини:

- 1) специалистите работят независимо, но чрез периодични контакти в писмена форма или чрез срещи за обмяна на информация и за проследяване развитието на детето;
- 2) специалистите работят паралелно и при нужда осъществяват срещи за обмяна на опит;
- 3) към детето се подхожда с единен и договорен методически подход, целите и задачите се съгласуват, дейностите се планират съвместно.

Не е необходимо уточнението, че най-адекватна и отговорна съвместна дейност може да се осигури чрез интегративен и съгласуван подход. Всеки един от специалистите от подобен екип действа по методически договорена схема (модел) за оказване на подкрепа спрямо хетерогенността на детското развитие, като резултат от постоянното взаимодействие между влиянието на околната среда и вътрешните нужди и способности на самото дете.

В представения модел се разпознават три звена, действащи екипно при различна степен на ангажираност съобразно периодизацията на клиничната програма – клиничен екип, локален екип и училищен екип.

Клиничният екип обикновено е част от болницата, където се извършва подбора, предоперативното консултиране, тестването на слуха, извършва се самата операция и постоперативно се изготвя оценка на развитието на слуха, проследява се процеса на формиране на слуховите представи и слуховото възприятие. Представители на клиничните екипи са хирурзите, клиничните аудиолози, оториноларинголозите, а в някои клинични екипи се включват и психолози, действащи заедно със слухово-речеви рехабилитатори. Отговорната роля на аудиолозите се свежда до проследяване развитието на слуха в приоритетна връзка с развитието на речта и езика. Освен че програмират говорния процесор на КИС, те запознават специалистите от непосредственото обкръжение на кохлеарно имплантираното лице с устройството и функциите на КИС, както и периодично обновяват информацията за функциите и моделите КИС. В някои клиники към тези екипи се включват и педагогически аудиолози, чиито задължения частично се припокриват с тази на клиничните аудиолози, но за разлика от тях те се грижат за изправността на КИС и звукоусилващи системи, които се използват заедно със системата (FM системи, индукционни вериги и др.). Сред техните задължения и практики са:

- редовно посещение на училища с грижа по осигуряване на достъпна в акустично отношение среда;
- запознаване на учителите със спецификата на работа при КИ деца, както и (съ)учениците по теми от областта на слуховото нарушение и КИ;
- предоставяне на информация на учителите за КИС – технически характеристики, предпочитания свързани с чувствителността и възможностите за увеличаване и намаляване на силата на звука, включване и изключване на процесора;
- демонстриране на техники за отстраняване на технически проблеми, служат за връзка между различните специалисти и екипите по места.

Неизменна част от клиничния екип са слухово-речевите рехабилитатори. Те извършва интензивната, текущата и поддържащата рехабилитация на слуха и говора (Дионисиева, 2008), провеждат слуховия тренинг като част от клиничния или локалния екип. Ако са част от клиниката, която е ангажирана спрограмирането на КИС, те изготвят препоръките и насоките за работа, съобразно конкретния индивидуален случай, във вид на дългосрочна програма за развитие на речта, езика и комуникацията.



Изготвените материали се предоставят на локалните екипи.

Локалният екип се състои от логопед и/или слухово-речев рехабилитатор, обикновено по място на живеене и/или учене на детето. Основната функция на локалния екип е чрез комплексна и съгласувана дейност да развиват слуховото възприятие на детето с КИС, без да пренебрегват комуникативните умения и езиково-говорното развитие на децата. Водещ фактор в случая е индивидуалните възможности на детето в съответствие и връзка с условията и ограниченията на социалната среда.

Училищният екип включва ресурсен учител, училищен психолог, а при възможност и социален педагог. Целта на екипа е да се осигури оптимална среда за включване на детето в системата на масовото училище и за неговото подпомагане в учебния процес.

В някои страни към педагогическия екип се назначава и училищен администратор, който отговаря за приобщаването на детето, осигурява комуникацията в партньорство, познава нуждите на имплантираните ученици, грижи се за обезпечаване на средата, привличайки интерес или финансово подпомагане.

В ролята на педагогически консултанти могат да влязат логопеди, клинични аудиолози, сурдопедагози и социални работници. Те работят заедно с локалния екип и представители на училището за планиране на терапевтично-образователната програма или за определяне на конкретните задачи, свързани с управлението на образователния процес и системата на ползваните услуги. Педагогическите консултанти предоставят обща и специфична информация на класните ръководители и учителите. Учителите трябва да са запознати с КИС по отношение на неговата поддръжка и за преодоляване на технически проблеми (включване и изключване на апарата, превключване между програмите съобразно допълнителните опции, смяна на батериите, проверка на функциите и др.). Освен познания за КИС, учителите са източници на информация за функционирането на имплантирания ученик в структурирана академична среда и в условията на социалното общуване. От друга страна е необходима и постоянна връзка между логопедите и/или слухово-речевите рехабилитатори от локалния екип и клиничния екип от медицинското звено.

Друга важна роля като фасилитатори в рехабилитационния и терапевтично-корекционния процес е тази на родителите, въпреки че повечето специалисти препоръчват комуникацията между отделните звена да бъде директна. Това се отнася и до установяването на връзка с училищните институции, препоръчително от самото начало на приобщаване на кохлеарно имплантираното дете към формалните условия на образователната среда.

Към момента условията на социално и академично подпомагане в България не предполагат единен и цялостен подход на партньорство между различните специалисти. Причините за това не са свързани единствено с факта, че КИ все още е предизвикателство за голяма част от специалистите у нас. Глухите хора са контингент на сурдопедагогиката и слухово-речевата рехабилитация, но включващото образование и интеграцията чрез ресурсно подпомагане заставят специалисти по специална педагогика и логопедия да се сблъскат с особеностите на личностното, респективно езиково-говорното развитие при слухово-речева патология.

Дискусия

В тази връзка могат да се набележат редица трудности. Първо, всеки специалист използва различен методически подход и модел за развитие на слуховото възприятие. Необходимо е да бъдат разработени методически материали за терапевтична работа и за извършване на целенасочен слухов тренинг съобразно езиковото равнище на развитие на имплантираните лица и според възрастта на имплантиране.



Второ, екипният подход на семейно консултиране, доколкото съществува като услуга, и оказване на професионална подкрепа, се осъществява с доброто желание на независимо действащи специалисти и с малко и периодични срещи между тях. Някъде са създадени добри практики за комуникация между медицинските екипи и кадрите по места. Освен това, въпреки че не липсват изключителни резултати при някои деца с КИ от страната, малка част от специалистите предоставят необходимата информация на клиничните екипи към болниците, за извършване на прецизни към/за слуховия прогрес настройки (програмиране) на речевия процесор.

Подобряването на комуникацията между локалните екипи и клиничните звена може да се осъществи чрез комуникация в писмен вид, която да съдържа най-малко три елемента:

- 1) Данни за детето – име, дата, информация за КИ (дата на включване, едностранно или двустранно имплантиране, ляво и/или дясно имплантирано ухо);
- 2) Информация за развитието на слуха за говорните честоти - Ling-тест (таблица 1);
- 3) Информация за етапа на развитие по модела на слуховото възприятие – *детекция – диференциация – идентификация – разбиране*;
- 4) Общи сведения за темите и съдържанието на терапевтичната дейност, върху които се работи към дадения момент.

	М	О	И	А	Ш	С
Детекция						
Идентификация						
Разстояние на отговор						

*Таблица 1.
Елемент от протокол за проследяване
на слуховия прогрес и за диагностициране изправността на КИС*

Друг вид информация за споделяне са всякакви резултати от тестове за диагностика на речта, езика или уменията за комуникация, примери от учебната дейност (диктовки, аудио и видеозаписи, коментари на учители и др.), записи на части от логопедични дейности, от интеракции в семейна среда и др. продукти от специфичното взаимодействие между кохлеарно имплантираното дете и конкретен специалист.

Заклучение

В заключение може да се обобщи, че екипният подход предполага да се окуражава комуникацията между ангажираните специалисти и институции. Съществена роля в този процес на мултидисциплинарен подход към проблематиката се отрежда на родителите, но и на всяка отговорна личност от непосредственото обкръжение на детето с КИ. Съставът от специалисти, изграждащи отделните екипи, може да се различава съществено от описаната практика, но остава вярно, че координацията между тях е съществено важна за организиране на стимулираща слухово-вокална среда за развитието на речевата перцепция и речевата продукция, за навременно преодоляване на проблемите и проследяване на общото развитие на детето.

Библиография

- [1]. Балканска, Н., *Кохлеарната имплантация в детска възраст*, Парадигма, 2009 г.



- [2]. Балканска, Н., Трошева-Асенова, А., *Приобщаване на детето с увреден слух в общообразователната среда. От научните доказателства към практическите решения*, Феномен, С., 2014 г.
- [3]. Дионисиева, К., *Глухотата в детска възраст: ранно откриване и въздействие*, С., 1996 г.
- [4]. Дионисиева, К., *Съвременни насоки на рехабилитацията след кохлеарна имплантация в детска възраст*. Сб. III Национален конгрес на НСЛБ, Балчик, 25-28 септември, 2008 г.
- [5]. Петкова, Р., *Същност и роля на интензивната рехабилитация на слуха и речта, при лица с кохлеарна имплантация, веднага след включване на речевия процесор*, Сб. V Национална конференция, Балчик, 21-24 септември, 2006 г.
- [6]. Шишков, Л., Г. Стаматов, *Основи на слухопротезирането*, С., 1986 г.
- [7]. Estabrooks, W. & Marlow, J., *The Baby is Listening*, Washington DC: Alexander Graham Bell Association, 2000.
- [8]. Estabrooks, W., *Auditory-Verbal Therapy for Parents and Professionals*, Washington DC: Alexander Graham Bell Association. 1994.
- [9]. Lane, Harlan, *The Deaf Experience: Classics in Language and Education*, Harvard University Press, 1994.
- [10]. Cochlear, *Listen, Learn & Talk*, 2003.
- [11]. Ling, D., *Foundations of Spoken Language for Hearing-Impaired Children*, Washington DC: Alexander Graham Bell Association, 1989.
- [12]. Nussbaum, D., Scott, S., Waddy-Smith, B., & Koch, M., *Spoken language and sign: Optimizing learning for children with cochlear implants*, Paper presented at Laurent, Clerc National Deaf Education Center, Washington, DC, 2004.

Информация за авторите

Славина Лозанова

слухово-речев рехабилитатор, логопед, ВМА, София

докторант, докторска програма Семиотика, Югоизточноевропейски център за

семиотични изследвания, Нов български университет

e-mail:



РАЗВИВАЩИТЕ ФУНКЦИИ НА БЪЛГАРСКИТЕ ДЕТСКИ ФОЛКЛОРНИ ИГРИ ПРИ ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ В ИНТЕГРИРАНА СРЕДА

Юлия Дончева¹⁾, Снежана Николова²⁾

1) Русенски университет „Ангел Кънчев“, Катедра Педагогика, психология и история,

2) Шуменски университет „Епископ Константин Преславски“, Катедра Специална педагогика

Резюме: Един от основните принципи на интегрираното обучение е, че всички деца трябва да учат заедно, където и когато е възможно, независимо от техните затруднения. Целта е социална интеграция и активно включване на децата в реалния живот – в семейството и в обществото. Авторите експонират един апробиран в практиката модел за социализация и интеграция на тези деца. Защото да, те са различни, но от малки останалите деца трябва да се научат да приемат и разбират различното, като част от общото цяло.

Ключови думи: деца със специални образователни потребности, детски фолклорни игри, интегрирана среда, развиващи функции, предучилищна и начална училищна възраст.

DEVELOPING FUNCTIONS OF BULGARIAN CHILDREN'S FOLKLORE GAMES FOR CHILDREN WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN AN INTEGRATED ENVIRONMENT

Julia Doncheva¹⁾, Snezhana Nikolova²⁾

¹⁾University of Ruse „Angel Kanchev“, Department „Pedagogy, psychology and history“, Ruse,

²⁾ Shumen University Bishop Konstantin of Preslav, Department Special Pedagogy, Shumen,

Abstract: One of the basic integrated education principles is that children should learn together whenever it is possible, regardless of their difficulties. The aim is to achieve maximum social integration and active involvement of children in real life - in the family and in society. The authors expose an introduced in practice model for socialization and integration of those children, because although these children are different, the other ones should learn to accept and understand the differences as part of the society.

Keywords: children with special educational needs, children's folk games, integrated environment, developing functions, preschool and school age.

Въведение

Предучилищната възраст се дефинира като период на интензивно развитие – физическо, емоционално, когнитивно. Това е период, който има огромно значение за бъдещото детско развитие. Научно е установено, че именно тези години се характеризират с бурно физическо и умствено развитие. Ако това време се изпусне по някаква причина или не се използва в оптимална степен, то преодоляването на съответното изоставане в повечето случаи се оказва много трудно или дори невъзможно. Посоченото обстоятелство е още по-важно когато се отнася за децата с различни нарушения в развитието. В масовия случай децата със СОП се обучават съвместно с децата в групата в детската градина. Интеграцията не е механичното им поставяне в общата образователна среда, а е постоянен процес на включване и



приобщаване. В условията на интеграция е необходимо да се усвояват не само знания, умения и компетенции. Ролята на учителя е насочена към творческо начало, защото подходът към децата трябва да е строго индивидуален, отчитащ спецификите в развитието на всяко от тях. Основен принцип на интегрираното обучение е, че всички деца трябва да учат заедно, където и когато е възможно, независимо от техните затруднения.

Материал и методи

Детето в норма придобива възможности за участие в творческа игра на границата между ранното детство и предучилищната възраст. През втората половина на предучилищния период тази дейност се превръща в основна - водеща, създаваща най-подходящи условия за цялостното личностно формиране. По своя статут и значение игровата дейност заема фундаментално място. Този процес е социално обусловен, тъй като в играта детето отразява обобщено своя социален опит.

Използването на игрите и по-конкретно на българските детски фолклорни игри в процеса на интеграция е един от успешните пътища за развитие на децата със СОП и приобщаването им към общообразователната среда. За всеки период са характерни различни игри - игри с предмети в ранна детска възраст; ролеви игри в предучилищна възраст и в учебната дейност в началната училищна възраст. Включването в учебния процес на игри и упражнения за развитие на познавателните процеси и речта, не само съдействат за психичното развитие, но и преустройват общата и фината моторика, осигуряват бързина, осмислено запомняне и възпроизвеждане на двигателни действия, развиват умения за самостоятелно вземане на решения и действие в условия на стремително променяща се обкръжаваща обстановка. От българските детски фолклорни игри такива могат да бъдат например „Аз лявото краче...“, „Моето тяло“, „Без столче“, „Великани и джуджета“, „Кокошчицата с пиленцата“, „Котка и мишка“ и много други.

Дискусия

За голяма част от децата със СОП четиригодишната възраст се свързва с началото на развитието на сетивните им възприятия. Налице е известен интерес, който те проявяват към различни играчки и предмети от бита – запознават се с основните им свойства и отношения. Възприятието е водещо за познавателните процеси в предучилищна възраст. Формиране му осигурява натрупването на нови знания, бързината при усвояване на нова информация, адаптацията в нова обстановка, пълноценното физическо и психично развитие. Именно поради това, при интегрираното обучение на децата със СОП в детските градини могат да бъдат използвани успешно българските детски фолклорни игри „Аз имам“, „Варило мишленце кашица“, „Весело дете“, „Дай, бабо, огънче“, „Пиле“, „Питанка“, „Снежен човек“, „Снимки в снега“ и много други.

Обикновено при децата със СОП вниманието е неустойчиво, с намален обем и със затруднена концентрация върху определена дейност за повече от пет минути и разсейване дори от малък страничен дразнител. Чрез постоянни упражнения постепенно се развива наблюдателност (важна за предучилищна възраст), позволяваща за кратко време да запомни по-голям брой обекти, детайли и техни характеристики. Този процес успешно може да се подпомогне чрез следните български детски фолклорни игри: „Великани и джуджета“, „Без столче“, „Гори, гори кърпа“, „Гърненца“, „Гоненица“, „Къде е на Мишето обувката?“, „Наблюдателен съм аз“ и много други. В началото на предучилищната възраст вниманието на детето отразява неговия интерес към обкръжаващите го предмети и изпълняваните от него действия.



То се съсредоточава дотогава, докато интересът му намалее. Детето започва съзнателно да управлява вниманието си, да го насочва към определени обекти. За разлика от децата в норма, децата със СОП в този възрастов етап не проявяват почти никакъв интерес към игри с други деца; демонстрират неумение за имитация и липса на фантазия по време на игра; отбягват връстниците си и възрастните. С развиващи функции в тази посока могат да се използват следните български детски фолклорни игри: „Конче“, „Кукла“, „Моето тяло“, „Моите пръстчета“, „Отиваме на екскурзия“, „Стъпки по снега или Следотърсачи“, „Хитрото мишле или Баба и мишле“ и много други. Подвижните фолклорни игри рязко увеличават *интереса* и *активността* на тази категория деца, които иначе се характеризират с твърде слабата проява на посочените качества.

В периода на предучилищната възраст паметта се развива и става процес с доминиращи функции. Особено място в развитието на детето заема двигателната памет. Когато се знае кои видове памет са на добро равнище и кои са затруднени; какви са особеностите при възприемане, обработване и възпроизвеждане на информация и т.н., много по-успешно и лесно ще се включи детето в различни взаимодействия и ситуации. Български детски фолклорни игри успешно способстващи развитието на паметта са например: „Аз имам“, „Аз имам две ръчички“, „Аз лявото краче...“, „Въженце“, „Два пъти на ляво...“, „Пръстчета“, „Когато бяхме...“, Мечо гимнастик“, „Питанка“, „Ръчички“ и много други.

Към края на предучилищния период мисленето се формира в условията на непълноценно чувствено познание, речево недоразвитие и ограничена практическа дейност. *Игрите „Наужким“, „Без столче“, „Гоненица“, „Замръзванка“ и много други, в които детето играе определена от сюжета роля съдействат за развитие на мисловната дейност като цяло.* „Играта като изключително сложен и психологически наситен вид дейност е в състояние значително да усъвършенства детското мислене, да повиши неговата скорост, гъвкавост и дълбочина“ [1:79].

Творческото въображение на детето се проявява преди всичко в сюжетно-ролевите, подвижните, фолклорните игри, като например: „Вятърната мелница“, „Вървяло едно камионче...“, „Дай, бабо, огънче“, „Замазала баба“, „Фър, фър вранке“, „Хвърчи, хвърчи или лети, летиинии“ и много други, *създаващи простор за импровизации.* Посочените игри са определено предизвикателство за децата със СОП, които демонстрират бедност на въображението. Важно е значението на подвижните и фолклорните игри в развитието и укрепването на *емоционално-волевата сфера* на детето със СОП. Чрез тях се разкрива и развива отношението на самото дете към играта, изграждат се устойчиви форми на игрово поведение и се отработват отношенията между играещите, педагога и децата; победените и победителите и т.н. Специалистите сочат, че развитието на емоционалността и волевите възможности в единство е една от важните задачи на корекционното интегрирано обучение и че тя може да се решава много успешно чрез подвижните игри. „Всички подвижни игри усъвършенстват естествено-приложните упражнения, развиват зрителното, слуховото внимание, бързината на двигателната реакция, ориентировката в пространството и времето, точност, развиват и физическите качества, личностните качества и др.“ [4:30-31]. Те могат и се използват при комплексните въздействия за корекционно-възпитателна работа (корекция, компенсация, рехабилитация) и при деца с нарушения в развитието.

Едно от важните условия за успешна комуникация е уменията да слушаме – да чуваме и да разбираме. В работата с деца със СОП много често това условие трудно се актуализира, доколкото те изпитват затруднения (напр. при слухова дисфункция) или не са мотивирани за комуникация или имат семантични проблеми. Друго важно



условие е свързано с позитивно отношение към детето със СОП или поне с нагласата за емпатия към него.

Определящо значение за речевото развитие имат различните дейности, които се провеждат в детската градина. В процеса на игра речта се развива интензивно. Игрите трябва да изграждат умения за работа в екип, желание за участие в групата, създаване на настроение за позитивни взаимоотношения и взаимодействия. Уверено можем да твърдим, че българските детски фолклорни игри успешно могат да се прилагат като средство за корекционна работа в предучилищна възраст в целия ѝ континуум. Те са ефикасна форма за провеждане на корекционно-логопедическата работа и за психотерапевтичното повлияване върху детската психика. Освен това приемаме твърдението на Момчилова, че: „с тяхна помощ се преодолява страха, логофобията, неувереността, самоизолацията, намалената говорна активност. Всичко това се постига в самия процес на играта, в който децата не усещат корекционната работа като задължение, а като приятно преживяване. Вниманието им е насочено върху игровото действие, изпълнението на игровата роля, а не само върху речта. Доминирането на положителните емоции влияе благоприятно върху болестните нарушения на нервната система, премахват мускулното напрежение, създават чувство за ритъм, точност” [4:14]. В този ред на мисли е редно да се подчертае необходимостта и отговорността за обучение, възпитание и интегриране на децата със СОП в масовите детски градини. Те са част от другите деца, макар състоянието им да изисква по-специални въздействия. Става ясно, че чрез игровата активност се осигурява една по-благоприятна, адекватна, подкрепяща среда (предметно-игрово обкръжение) за тези деца. Тук изхождаме и от становището за корекционната дейност, като развиващ ефект върху децата с различни нарушения в развитието. „Всяко обучение и възпитание води към развитие, а следователно и към корекция. Трябва да отбележим обаче, че корекцията не се свежда единствено към усвояване на система от знания, умения и навици. В процеса на специално обучение се извършва преустройство на психо-физическите функции, изграждат се механизми за компенсация на нарушението и тези функции придобиват нова характеристика“ [5:521].

Заклучение

Подвижните игри са сред любимите занимания на децата със СОП доколкото предполагат значително по-либерален режим на функциониране. При тях може да се допусне известна трансформация на правилата и много широк диапазон от действия и операции, което е във възможностите на децата. Те са толкова привлекателни и поради значителния емоционален и двигателен заряд, който съдържат, а това „активира” мотивите за дейност.

Фолклорните залъгалки, наричанки, римушки, броилки, песни, гатанки, пословици, поговорки и др. служат като прекрасен образец на звучната и богатата българска реч. Те помагат на детето да овладее звуковата страна на езика, да свикват с логичната реч, лесно да възприемат, доловят и осмислят смисъла, логиката на българския език. Характерно за почти всички народни игри е, че са колективни, играят се от група деца. Чрез тях те свикват да общуват със своите връстници. Създават се общи игрови интереси, поражда се различни взаимоотношения помежду им. Това е отлична предпоставка за работата в детската градини, където децата растат и се възпитават в социална група. Чрез фолклорната игровата дейност се провокира интерес, създава се стабилна, устойчива мотивационна среда за успешно овладяване на нови знания и затвърдяване на старите, осигурява се усвояване на умения и навици, способности, компетенции, свързани с пълноценно им развитие. Детето усъвършенства своя интелектуален, психически и физически потенциал, именно чрез интеракцията в



интердисциплинарните дейности и преди всичко в цялостния режим и живот сред детската група.

Библиография

- [1]. Ванева, В. (2003), Игрови похвати за стимулиране творческото мислене на детето от предучилищна възраст. В: сборник от Втора българо-американска научно-практическа конференция „Предучилищно образование и интеграция”, София.
- [2]. Дончева, Ю. (2014), Консолидиращите функции на българските детски фолклорни игри в предучилищна възраст, Русе.
- [3]. Момчилова, А. (1992), Физически упражнения и подвижни игри в логопедичната работа с деца с говорни недостатъци, Русе.
- [4]. Николова, Сн. (2010), Интеграция и корекция на учениците с умствена изостаналост в българското училище// Сб. “Иновации в образованието”, ШУ, Фабер, с. 517-522.

Информация за авторите

гл. ас. д-р Юлия Георгиева Дончева
РУ „А. Кънчев”,

доц.д-р Снежана Христова Николова
ШУ „Еп. К. Преславски“,



ТРЕВОЖНОСТ, РОДИТЕЛСКО ПРИЕМАНЕ-ОТХВЪРЛЯНЕ И РОДИТЕЛСКИ СТИЛ ПРИ ДЕЦА В НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Надя Колчева

Нов български университет

Резюме

Настоящото изследване цели да изследва взаимовръзката между водещ родителски стил и тревожността на детето. Използват се две различни концепции за родителския стил – тази на Даяна Баумринд и на Роналд Рохнер за родителско приемане–отхвърляне. Изследвани лица: 60 семейства, от които 60 майки, 52 бащи и 60 деца. Децата са на възраст от 8 до 12 години от гр. София от 11 общообразователни училища. Методи: Психологически въпросник за родителски стилове, въпросник за родителско приемане–отхвърляне (PARQ) и въпросник за тревожност при деца (CMAS). Резултати: Налице е положителна взаимовръзка между родителско отхвърляне (агресия/враждебност, безразличие/пренебрежение и неидентифицирано отхвърляне) и по-високи нива на тревожност при децата. Приемането от страна на майката намалява тревожността на детето. Авторитарният стил на родителстване корелира положително със скалите за отхвърляне (агресия/враждебност, безразличие/пренебрежение и неидентифицирано отхвърляне) и негативно със скалата за приемане. Според нас, влиянието оказват и редица други фактори, които трябва да се вземат предвид в бъдещи изследвания.

ANXIETY, PARENTAL ACCEPTANCE - REJECTION AND PARENTING STYLE IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Nadia Kolcheva

New Bulgarian University

Abstract

The present study aims to explore the relationship between parenting style and child's anxiety. Two different concepts of parental style are used - Diana Baumrind's and Ronald Rohner's theory of interpersonal (parental) acceptance-rejection. Participants: 60 families, of which 60 mothers, 52 fathers and 60 children. The children are between 8 to 12 years of age. All of them from Sofia from 11 mainstream schools. Methods: Psychological Questionnaire of Parental Styles, Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ) and Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS). Results: The data show a positive correlation between parental rejection (aggression/hostility, indifference/neglect and unidentified rejection) and higher levels of anxiety in children. The acceptance from the mother lowers the level of child's anxiety. The authoritarian style of parenting correlates positively with the rejection scales (aggression/hostility, indifference/neglect and unidentified rejection) and correlates negatively with the acceptance scale. We assume that there is influence of various other factors, which should be taken into account in further research.

Ключови думи: тревожност, родителско приемане-отхвърляне, деца в начална училищна възраст, PARQ, CMAS, D.Baumrind, R.Rohner

Keywords: anxiety, parental acceptance-rejection, primary school children, PARQ, CMAS, D.Baumrind, R.Rohner

Едно от нещата, което неизменно оказва влияние върху цялостното развитие на детето, изграждането му като личност, формирането на неговия светоглед е начинът на родителстване на неговите родители. Връзката родители-деца е с дълга изследователска история и въпреки това все така актуална за нови изследователски търсения. В настоящата разработка се фокусираме върху стила на родителстване и тревожността при децата и правим опит за сравнение на родителстването през призмата на две различни парадигми – тази на Даяна Баумринд и на Роналд Рохнер.

Д.Баумринд определя два водещи фактора, които формират родителското поведение - контрол–автономия и отхвърляне–приемане (Р.Стаматов, 1998).



Свързването на тези дименсии две по две очертава четири основни стила родителско поведение - авторитетен стил (съчетание между контрол и приемане. Характеризира се с приемане, както и присъствие на контрол.), авторитарен (съчетание между контрол и отхвърляне. Характеризира се с властни и сурови родители, които не търпят откази.), позволяващ стил (индиферентен стил) (съчетание между приемане и автономия. Характеризира се с приемане и отсъствие на контрол.) и неангажиращ стил (игнориращ стил) (съчетание между отхвърляне и автономност. Характеризира се родителски поведения като незаинтересованост към детето и центрирани върху себе си родители.).

Р.Рохнер извежда като водещ по отношение на връзката родители-деца единият от тези фактори – приемане-отхвърляне. Той разглежда отношението на родителя към детето в рамките на дименсията топлина на родителстването, която всъщност е континуум от приемане, което се изразява в топлина, привързаност, грижа, комфорт, загриженост, внимание, подкрепа или просто обичта, която децата могат да усетят от родителите си или обгрижващите ги до отхвърляне в различните му разновидности от студено и безразлично, враждебно и агресивно, безразлично и пренебрегващо и недиференцирано отхвърляне (R.Rohner, 2012, Н.Колчева, 2014).

Тревожността е чувство за заплахата, което поражда безпокойство и има неопределен и неясен характер на преживяване. Тревожността съществува във всяко човешко същество и има различни проявления: усещане за несигурност, безпокойство, опасения. Тя се характеризира със състояние на необясним страх, усещане за заплахата, позиция всяко събитие да се възприема като опасно. Дете, намиращо се в такова положение, постоянно е нащрек, враждебно, възприема света (другите) като опасно място, което силно затруднява създаването на среда (Пл.Калчев, 2006).

Цел на изследването

Настоящата разработка е посветена на изследване на взаимовръзката между родителските стилове, родителското приемане-отхвърляне и нивото на тревожност при децата.

Хипотези

1. Авторитарният и позволяващият родителски стил и скалите за отхвърляне (агресия/враждебност, безразличие/пренебрежение, неидентифицирано отхвърляне), и при майките и при бащите, ще покажат статистически значима, положителна взаимовръзка с нивото на тревожност при децата.

2. Авторитетният родителски стил и скалата топлина/обич, и при майките и при бащите, ще покажат статистически значима, отрицателна взаимовръзка с нивото на тревожност при децата.

3. Авторитарният родителски стил при майки и бащи, ще има положителна взаимовръзка със скалите за родителското отхвърляне (агресия/враждебност, безразличие/пренебрежение, неидентифицирано отхвърляне), а авторитетния стил на родителстване със скала топлина/обич.

Методи на изследването

1. Психологически въпросник за родителски стилове - базиран е на стиловете на родителстване, изведени от Баумринд и определя трите основни типа - авторитарен, авторитетен и позволяващ. Въпросникът е създаден от К.Робинсън, Б.Мандлеко, С.Олсен и К.Харт. При адаптацията на скалата са прибавени няколко айтеми от скалата на Блок. Въпросникът съдържа 69 айтема и е апробиран от проф. Пламен Калчев. Попълва се от родителите. Има две форми – за майки и за бащи.



2. Въпросник за родителско приемане – отхвърляне (PARQ) – негов автор е Р.Рохнер (R.Rohner, 2005). Въпросникът съдържа 73 айтема, разпределени в пет скали – Топлина/Обич; Враждебност/Агресия; Безразличие/ Пренебрежение, Неидентифицирано отхвърляне и Контрол. Преводът и адаптацията за България са направени от Н.Колчева (Н.Колчева, С.Борисова, 2014).
3. Въпросник за тревожност при деца (The Children’s Manifest Anxiety Scale – CMAS) - разработен е от А.Castaneda, В.R.McCandless, D.S.Palermo през 1956 г., въз основа на създадената през 1951 г. от Джон Тейлър скала за тревожност за възрастни (Manifest Anxiety Scale). Вариантът за деца е адаптиран на български език през 1994–1997г. от проф. Наталия Александрова (Ръководство за изследване на детето, 2000).

Процедура на изследването

Проведоха се лични срещи между изследователя и всяко едно от семействата, които участват. Родителите бяха информирани за целите на изследването и беше взето съгласие за участие на тях самите и на техните деца. След заявяване на участие бяха раздадени въпросниците. Въпросниците за децата, бяха попълнени от децата в присъствие на изследователя и в отсъствие на родителите. Това беше наложено от следните съображения: децата да не се притесняват от родителите си; родителите да нямат достъп до отговорите на децата; родителите да не могат да повлияят на отговорите на децата. Родителите попълниха въпросниците самостоятелно.

Изследвани лица

В изследването взеха участие 172 изследвани лица - това са 60 семейства - 60 майки, 52 бащи и 60 деца. Децата са на възраст от 8 до 12 години ($X=10,4$, $SD=1,402$) във II, III, IV, V и VI клас, учащи в гр. София. Те са от училище „Дрита“, училище „Виктор Юго“, 105 СОУ „Атанас Делчев“, 2 АЕГ „Томас Джеферсън“, 96 СОУ „Лев Николаевич Толстой“, 138 СОУ „Проф. Васил Златарски“, 6 ОУ „Граф Игнатиев“, 88 СОУ „Димитър Попниколов“, 94 СОУ „Димитър Страшимиров“, 45 ОУ „Константин Величков“ и 166 СУ „Васил Левски“. Майките са на възраст от 30 до 45 години ($X=37,6$, $SD=2,918$), а на бащите от 31 до 48 години ($X=39,96$, $SD=3,012$).

Описание и анализ на резултатите

Описателна статистика

В настоящето изследване взеха участие 60 деца и техните родители. Децата са на възраст от 8 до 12 години. В извадката преобладават деца на възраст 10 (33 %) и 12 години (33 %). В разпределението по пол на децата преобладават момчета, които са 36 (60 %), а момичета са 24 (40%).

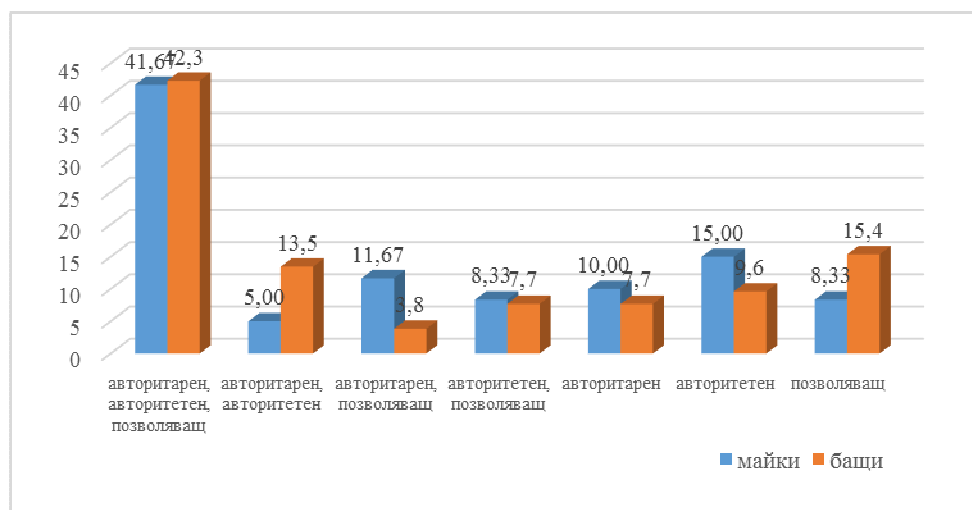
По отношение на образованието на родителите преобладават тези с висше образование (майки - 41 (68,3 %), бащи - 33 (55 %), следвани от тези със средно образование (майки - 18 жени (30 %), бащи - 25 (41,7 %).

Извадката е съставена почти изцяло от пълни семейства (92 %) от родители работещи на пълен работен ден (90%).

На Графика 1. е представено разпределението на родителите по отношение на водещ стил на родителстване. Голям процент и от майките (41,67%) и от бащите (42,3%) не се определят с даден водещ стил, а с комбинация и от трите стила. При комбинацията на два водещи стила е интересно да се отбележи, че повече бащи посочват комбинацията авторитарен и авторитетен стил (13,5%), а повече майки комбинацията авторитарен и позволяващ (11,67%). И двете комбинации са малко странни предвид теоретичната постановка. Не малък процент от родителите са с един



ведещ стил. Интересно е да се отбележи, че колкото майки се самооценяват като авторитетни родители (15%), почти толкова бащи се самооценяват като позволяващи родители (15,4%). Има и родители, които се оценяват като чисто авторитарни. Техният брой и сред майките и сред бащите е по-нисък.



Графика 1. Разпределение на родителите по стилове на родителстване

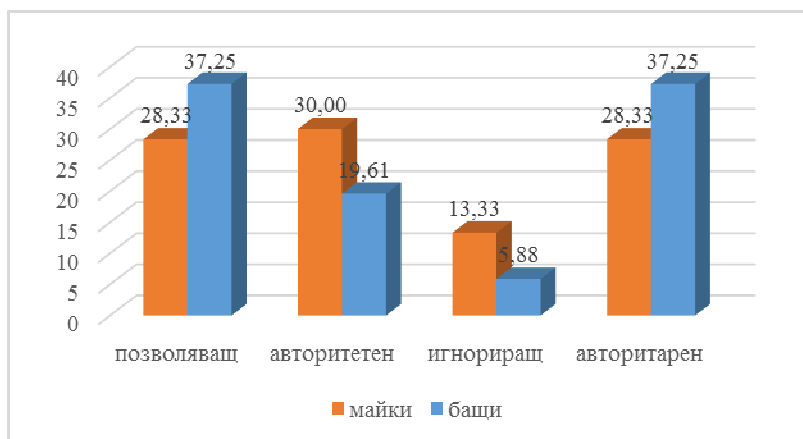
По отношение на приемане и отхвърляне повечето родители са в златната среда – децата ги определят колкото приемащи, толкова и отхвърлящи – 75 % от майките и 78,4 % от бащите. Интересно е да отбележим, че малко по-висок е процентът на майките, които се определят като отхвърлящи (15 %), отколкото на бащите (13,7 %) (Таблица 1).

Таблица 1. Разпределение на родителите по дименсията приемане-отхвърляне (в проценти)

	майки	бащи
по-скоро приемане	10,0	7,8
колкото приемане толкова и отхвърляне	75,0	78,4
по-скоро отхвърляне	15,0	13,7

Както бе споменато по-горе двете основни дименсии, които извежда Баумринд са отхвърляне – приемане и контрол – автономия. Основната дименсия при Рохнер е приемане – отхвърляне. Във въпросникът, който използваме, той е добавил и допълнителна скала контрол. Това ни дава възможност да проследим засичането на двете дименсии. На графика 2. са представени резултатите за майки и бащи.

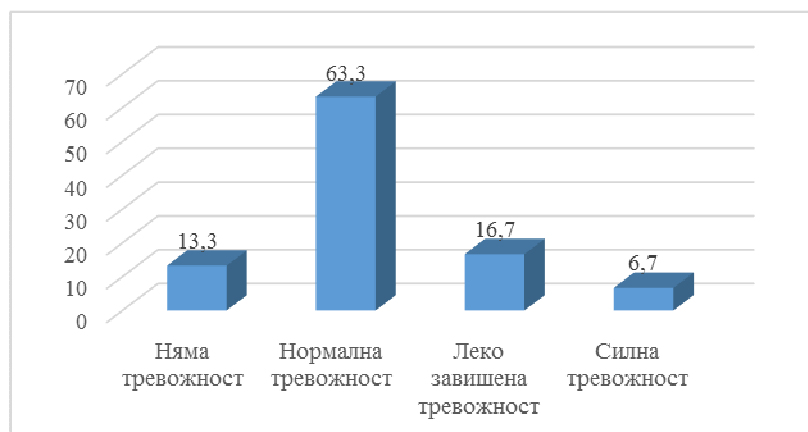




Графика 2. Разпределение на родителите по дименсиите приемане-отхвърляне и контрол

И при това оценяване се запазва патерна от оценяването на родителските стилове по Баумринд – по-голям процент от бащите са пермисивни в сравнение с майките и повече майки са с авторитетен стил на родителстване в сравнение с бащите. Изненадващо е, че голям процент от родителите са определени като авторитарни. Бащите с този стил са доста повече от майките, но и те са почти 1/3 от всички родители.

На Графика 3. е представено разпределението на децата по скалата тревожност. Най-много са децата с ниво в норма и това е напълно обяснимо. Около 16,7 % от децата са с леко завишено ниво на тревожност, а децата, които са силно тревожни са 6,7%. Те са и децата, които се нуждаят от превенция.



Графика 3. Разпределение на децата по скалата за тревожност

Данни от корелационен анализ на родителски стилове и родителско приемане-отхвърляне

Очаквахме, че между стиловете на родителстване и родителското приемане-отхвърляне ще има ясни взаимовръзки. Резултатите, обаче показват нещо малко по-различно. Най-много значими корелационни коефициенти има между авторитарния стил и скалите за приемане и отхвърляне, както при майката, така и при бащата. При авторитетния стил значимият коефициент е само един - при майките, обратна, слаба зависимост със скалата агресия/враждебност ($r=-0,256$, $p=0,048$). При пермисивния стил



няма нито една значима корелация (Таблица 2.).

Таблица 2. Корелации между родителските стилове и скалите за приемане-отхвърляне при родителите

		Авторитарен стил		Авторитетен стил		Позволяващ стил	
		майки	бащи	майки	бащи	майки	бащи
Топлина/Обич	p	-,176	-0,456**	,087	0,128	,007	0,112
	r	,179	0,001	,507	0,369	,960	0,434
Агресия/ Враждебност	p	,299*	0,282*	-,256*	0,050	-,103	-0,011
	r	,020	0,045	,048	0,729	,436	0,939
Безразличие/ Пренебрежение	p	,196	0,309*	-,125	-0,096	-,022	-0,101
	r	,133	0,027	,343	0,504	,870	0,479
Неидентифицирано отхвърляне	p	,263*	0,172	-,091	0,140	,035	-0,079
	r	,042	0,229	,490	0,328	,788	0,583
Контрол	p	,317*	0,224	-,191	0,138	-,092	0,141
	r	,014	0,113	,144	0,336	,484	0,325

Забележка: (*) p<0.05, (**) p<0.01

Данни от корелационен анализ на родителски стилове, родителско приемане-отхвърляне и тревожност при децата

Интересно е да се отбележи, че взаимни влияния се наблюдават между скалата за тревожност и скалите за приемане/отхвърляне, но не и между скалата за тревожност и скалите, измерващи стиловете на родителстване по Баумринд. Тревожността при децата корелира отрицателно с приемането от страна на родителя, т.е. при приемане тревожността на детето намалява. Това е напълно очакван резултат. Очаквани са и резултатите със скалите за отхвърляне. При всички тях, и при майките и при бащите, се наблюдават умерени прави взаимовръзки. Това означава, че при преживяване на отхвърляне от страна на родителя нивото тревожност на детето се повишава (Таблица 3.).

Таблица 3. Корелации между трите стила на родителско поведение, родителско приемане-отхвърляне при майки и бащи и ниво на тревожност при децата

		Тревожност	
		майки	бащи
Топлина/Обич	p	-,298*	-,229
	r	,021	,107
Агресия/ Враждебност	p	,434**	,403**
	r	,001	,003
Безразличие/ Пренебрежение	p	,388**	,404**
	r	,002	,003
Неидентифицирано отхвърляне	p	,377**	,443**
	r	,003	,001



Контрол	p	,233	,050
	r	,074	,726
Авторитарен стил	p	,225	,026
	r	,085	,857
Авторитетен стил	p	-,229	,063
	r	,078	,656
Позволяващ стил	p	,050	,030
	r	,706	,832

Забележка: (*) $p < 0.05$, (**) $p < 0.01$

Дисперсионен анализ (ANOVA)

Тъй като целта ни е да проверим дали стиловете на родителстване имат отношение към проявите на тревожност при децата, използваме и дисперсионен анализ. Получените резултати са в синхрон с резултатите от корелационния анализ, описан по-горе. Значими стойности има и при майките и при бащите, но само по скалите, измерващи приемане-отхвърляне. Високите средни стойности по скала топлина/обич водят до ниска тревожност при децата, а с увеличаване на средните стойности по скалите агресия/ враждебност, безразличие/пренебрежение и неидентифицирано отхвърляне - нивото на тревожност при децата се увеличава. При скалите от въпросника, измерващ стиловете на родителстване по Баумринд не се наблюдават значими резултати (Таблица 4.).

Таблица 4. Дисперсионен анализ между трите стила на родителско поведение, родителско приемане-отхвърляне при майки и бащи и ниво на тревожност при децата

	Тревожност	Средна аритметична	Стандартно отклонение	F	p
Топлина/Обич, майка	Липса	73,8750	7,91811	1,105	,355
	Нормална	70,0263	9,18132		
	Лека	67,6000	15,18186		
	Силна	63,0000	13,78405		
Агресия/ Враждебност, майка	Липса	23,0000	7,78276	3,226	,029
	Нормална	23,0263	6,29237		
	Лека	27,3000	13,14069		
	Силна	35,7500	13,14978		
Безразличие/ Пренебрежение, майка	Липса	18,3750	4,40576	2,971	,039
	Нормална	20,6053	5,02179		
	Лека	24,4000	12,58924		
	Силна	29,7500	11,89888		
Неидентифицирано отхвърляне, майка	Липса	13,7500	4,46414	4,787	,005
	Нормална	14,9211	3,61215		
	Лека	16,1000	7,63690		
	Силна	24,0000	6,78233		
Контрол, майка	Липса	35,0000	8,58570	2,661	,057
	Нормална	32,5789	6,56622		
	Лека	36,1000	4,97661		
	Силна	41,2500	3,77492		
Авторитарен стил майка	Липса	44,0000	9,56183	1,107	,354
	Нормална	44,4211	8,31681		



	Лека	49,5000	7,01189		
	Силна	46,5000	7,04746		
Авторитетен стил, майка	Липса	121,5000	6,36957	,632	,598
	Нормална	117,0263	9,70229		
	Лека	115,9000	9,58529		
	Силна	115,5000	14,38749		
Позволяващ стил, майка	Липса	28,3750	4,06861	,559	,644
	Нормална	30,8158	5,29587		
	Лека	30,5000	4,08928		
	Силна	29,7500	4,78714		
Топлина/Обич, баща	Липса	75,1667	3,12517	2,039	,121
	Нормална	65,3939	15,36420		
	Лека	67,6667	11,04536		
	Силна	51,6667	12,42310		
Агресия/ Враждебност, баща	Липса	19,0000	3,34664	2,683	,057
	Нормална	23,2121	7,93236		
	Лека	24,7778	9,28410		
	Силна	34,6667	10,69268		
Безразличие/ Пренебрежение, баща	Липса	18,3333	2,65832	3,326	,027
	Нормална	23,4848	6,78289		
	Лека	25,7778	11,05416		
	Силна	34,6667	10,11599		
Неидентифицирано отхвърляне, баща	Липса	13,0000	3,79473	3,401	,025
	Нормална	14,6667	3,77216		
	Лека	15,8889	5,53273		
	Силна	22,0000	5,56776		
Контрол, баща	Липса	31,6667	5,46504	,943	,427
	Нормална	34,6667	7,27009		
	Лека	31,8889	5,71061		
	Силна	37,6667	3,21455		
Авторитарен стил, баща	Липса	42,8333	8,37655	,263	,852
	Нормална	45,7647	8,89691		
	Лека	44,8889	6,03002		
	Силна	47,0000	4,00000		
Авторитетен стил, баща	Липса	115,0000	9,73653	,446	,722
	Нормална	110,5882	12,06828		
	Лека	113,8889	7,23610		
	Силна	110,0000	2,00000		
Позволяващ стил, баща	Липса	33,0000	6,35610	,468	,706
	Нормална	34,4412	6,13579		
	Лека	36,4444	10,61969		
	Силна	31,6667	7,09460		

Дискусия

Проведеното изследване имаше за цел да установи съществува ли взаимовръзка между родителските стилове, родителско приемане- отхвърляне и ниво на тревожност при децата.

Първата хипотеза се потвърждава частично. На база на теоретични постановки



допускаме предположението, че авторитарният родителски стил, който се характеризира с родители, които са строги, изискващи, строго следват ригидни правила води до по-високи нива на тревожност при децата. Родители със силно изразен позволяващ родителски стил се очаква да повишават нивото на тревожност на своите деца, поради липсата на структура или правила за поведение, характерни за този тип родителстване. Това на свой ред се очаква да породи чувство на несигурност и завишена тревожност при децата. Отхвърлянето на тази част от хипотезата би могло да се дължи на фактори, като не достатъчно голям брой изследвани лица, други замърсяващи неизвестни променливи, съзнавано прикриване на неприятни за детето емоционални преживявания, неискреност при попълването на въпросниците и др. Трябва да се вземат предвид и допълнителни фактори като разпределение на ролите в семейството и фамилната динамика. Не бива да забравяме и личностните predispositions на детето. Връзката родители-деца не е еднопосочна, напротив взаимодействието е реципрочно. Втората част на хипотезата се потвърждава. Преживяването на отхвърляне от децата, независимо в каква форма, води до повишено преживяване на тревожност. Факторът приемане-отхвърляне сам по себе си е по-базисен и неговото влияние е по-осезаемо.

Втората хипотеза също се потвърждава частично. Подобно на резултатите на първа хипотеза и тук потвърждението е в частта, базирана на родителското приемане-отхвърляне и се отхвърля в частта, основаваща се на родителските стилове. Авторитетният родителски стил, характеризиращ се с родители склонни да проявят разбиране към своето дете, изслушващи преживяванията му и уважаващи мнението му, би следвало да води до по-ниски нива на тревожност при децата. Посоката на взаимодействие при майките е с отрицателен знак, но резултатът не е значим. Отхвърлянето на тази част би могло да се дължи на фактори като не достатъчно голям брой изследвани лица, както и влиянието на допълнителни фактори от социалната среда на децата (училище, референтна група), който да влияят на нивото им на тревожност. Социалният натиск в училище, занималнята или сред връстници би могъл да бъде значим фактор и да доведе до явна тревожност на детето. Това неминуемо ще доведе до дифузност на резултатите и съответно върху взаимосвързаността между двата концепта. Както вече бе споменато другата част от тази хипотеза се потвърждава, но само при майките, а именно проявите на приемане към детето намаляват неговата тревожност. При бащите взаимоотношението е с отрицателен знак, но не е значимо. От значение са ролята на бащата, динамиката в семейството, личността на детето. Не се знае по какъв начин влияят факторите от социална среда на децата (училище, референтна група) върху нивата им на тревожност.

Третата хипотеза е посветена на взаимодействието между двете използвани концепции за родителстване. Обикновено при подобни изследвания се следва една концепция или теория. Ние решихме, че ползването на две различни концепции ще обогати изследването и ще допринесе за по-доброто разбиране на изследваната проблематика. Въпреки теоретичните постановки, получените резултати частично потвърждават тази хипотеза. Най-много взаимосвързки има между авторитарният родителски стил и скалите за приемане-отхвърляне, а при авторитетния стил имаме само един значим резултат, но със скала за отхвърляне, а не както очаквахме със скала топлина/обич. Частичното потвърждаване на тази хипотеза може да се търси в различни посоки. От една страна малкият брой изследвани лица; начина на провеждане; инструментите, които се използват (въпросникът, мерещ родителските стилове по Баумринд включва само три от тях. При него дименсията контрол не е така ясно отделена, както при въпросникът за родителско приемане-отхвърляне). От друга страна нито родителските стилове, нито приемането и отхвърлянето, демонстрирано от



родителите са в чист вид. Това води до смесване. Трябва да се има предвид и това, че скалите приемане-отхвърляне се основават на единия от водещите, фактори, докато при родителските стилове имаме влияние и на втория фактор – контрол. Това е допълнително натоварва сравняваните дименсии. Вероятно в изследване, в което са подбрани родители само с един преобладаващ стил и които са повече в единия или другия край на континуума топлина, резултатите ще са по-различни.

Заклучение

От настоящето изследване можем да направим извода, че отношението на приемане-отхвърляне на родителите и тяхното поведение имат отношение към нивото на тревожност при децата. Установихме, че родителското отхвърляне операционализирано в скалите агресия/враждебност, безразличие/пренебрежение и неидентифицирано отхвърляне, и при майките и при бащите, оказва влияние върху тревожността при децата, като я повишава, а приемането от страна на майката намалява тревожността при децата. Съществуват значими взаимовръзки между авторитарния стил на родителстване и скалите приемане-отхвърляне. Влияние, обаче оказват и редица други фактори – училищната среда, взаимоотношенията с връстници, личностови предиспозиции на децата, личностови предиспозиции на родителите, значими възрастни и др. Необходимо е провеждането на допълнителни изследвания, които в по-голяма пълнота да проучат изследваната проблематика.

Литература

1. Калчев, П., Скали за тревожност в детска и юношеска възраст. Част 1. Детска проявена тревожност. Изд. „Изток-Запад“, 2006
2. Колчева, Н., Влияние на родителските стилове на възпитание върху децата като обекти и субекти на агресивно поведение, сп. „Специална педагогика“, кн.3, 2001
3. Колчева, Н., С.Борисова, Българска адаптация на въпросник за родителско приемане-отхвърляне/контрол, версия за възрастни (PARQ/C, Adult), Българско списание по психология, бр. 1-3, 2014
4. Ръководство за изследване на детето, I част, под ред. Б.Минчев, С., Веда Словена – Ж. Г., 2000
5. Стаматов, Р, Детска психология, Пловдив, 1998
6. Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, 37(4), 887-907.
7. Rohner, R., Khaleque, A., (2005), *Handbook for the study of parental acceptance and rejection*, 4th ed., Rohner Research Publications
8. Rohner, R. P., Khaleque, A. & Cournoyer, D. E. (2012). *Introduction to parental acceptance – rejection theory, methods, evidence, and implication*, University of Connecticut

Надя Христова Колчева, гл. ас., д-р, Нов български университет, Департамент Когнитивна наука и психология, тел. 0887268744, e-mail:



САМООЦЕНКА И ТРЕВОЖНОСТ ПРИ ДЕЦА С ДИСЛЕКСИЯ НА РАЗВИТИЕТО

гл. ас. д-р Надя Колчева
Нов български университет

Резюме

През последните години се отчита увеличаване на броя на децата с установена дислексия на развитието в общообразователните училища. Настоящото изследване е посветено на проучване на вторичните симптоми при деца с подобно нарушение, засягащи някои аспекти на емоционалното и социално функциониране. Целта е да се установи има ли наличие на дефицити, изразяващи се в нереална самооценка и прояви на тревожност в училищна, извънучилищна и семейна среда. Изследвани лица: 30 деца с установена дислексия на развитието на възраст от 8 до 12 години и 39 техни връстници без наличие на подобно нарушение. Децата са от 13 столични училища. Методи: Скала за изследване на детска тревожност (CMAS) и Скала за изследване на самооценката в специфични области на общуване (тест на Хеър). Резултати: Децата с дислексия на развитието показват по-ниски нива на специфична самооценка сред връстници в извънучилищна среда и самооценка у дома, докато при самооценка в училище показват по-високи стойности от тези на групата в норма, което е изненадващ резултат. Децата с дислексия на развитието показват и по-високи нива на тревожност в сравнение със своите връстници в норма. Отчитаме обратна взаимозависимост между измерените конструкти самооценка и тревожност. Не се отчита, обаче статистически значима разлика по отношение на специфичните области на самооценка и тревожност между двете групи изследвани лица.

SELF-ESTEEM AND ANXIETY IN CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DYSLEXIA

Nadia Kolcheva
New Bulgarian University

Abstract

In recent years, it is recorded an increase in the number of children identified with developmental dyslexia in mainstream schools. This study is devoted to exploration of secondary symptoms in children with this disorder. These symptoms affect some aspects of emotional and social functioning. The aim is to identify any presence of deficits in terms of unreal self-esteem and manifestations of anxiety in school, extracurricular and family environment. Participants: 30 children with established developmental dyslexia aged from 8 to 12 years and 39 peers without such a disorder. The children are from 10 mainstream schools in Sofia. Methods: Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) and Scale for measurement of self-esteem in specific areas of communication (test of Hare). Results: Children with developmental dyslexia show lower levels of specific self-esteem among peers in school environment and self-esteem at family environment. However, they show higher values of self-esteem in school environment than the control group and that is an unexpected result. Children with developmental dyslexia show higher levels of anxiety than their peers without the disorder. There is reverse correlation between the measured constructs self-esteem and anxiety. However, there is no a statistically significant difference between the two groups of respondents in regards to specific areas of self-esteem and anxiety.

Ключови думи: тревожност, самооценка, дислексия на развитието, тест на Хеър, CMAS
Keywords: anxiety, self-esteem, developmental dyslexia, test of Hare, CMAS

През последните години се отчита увеличаване на броя на децата с установена дислексия на развитието в общообразователните училища. Справянето в училище е от особено значение не само за ограмотяването на децата, но и за тяхното психично функциониране. Дислексията оказва влияние върху цялостното развитие на засегнатите деца. Затрудненията в училище и несправянето с учебния материал често корелират с емоционални, социални, когнитивни и поведенчески дефицити.

Дислексия на развитието е състояние, при което децата не успяват да придобият



нормална компетентност в ограмотяването и усвояването на устната и писмена форма на речта, въпреки положените усилия от тяхна страна и мотивация за обучение. Има различни определения за дислексия на развитието, както и различни модели и хипотези за нейната етиология. Американската организация за обучителни трудности (Learning Disabilities Association, 1992, по Матанова, 2001) определя дислексия на развитието като „хронично състояние от предполагаеми неврологични източници, които селективно възпрепятстват развитието и интеграцията и засяга вербалните и/или невербални способности. Могат да бъдат засегнати самооценката, способността за учене, социализацията и/или ежедневно функциониране“.

Самооценката е познанието на човека за самия себе си, емоционалното отношение, което той формира спрямо своята личност и субективното възприемане за собствена ценност. Тя изгражда вътрешни механизми за саморегулиране, формира самочувствието и самоуважението, които са предпоставка и важно условие за постигането на успехи. Оценката на връстниците, съпоставянето с тях играе съществена роля. Сравнявайки себе си с постиженията на другите деца, с техните училищни успехи, с техните прояви и поведение, детето създава вътрешни механизми за саморегулиране и определяне на своите цели и стремежи. Училищното оценяване и училищните успехи и неуспехи също се явяват определящ фактор и играят роля при формирането на самооценката на децата. Училищните успехи повлияват мотивацията и активират желанието за постигане на нови. Ниското ниво на самооценка прави детето неуверено, плахо и страхливо, с подчертано чувство на безпомощност от несправянето спрямо изискванията за съответната възраст. Ниската самооценка може да се сравни с болката при физическо здраве (Дилова, 2008). Децата с дислексия често са с академични дефицити и обикновено имат по-ниска самооценка от тази на връстниците си нормолексици (Elbaum & Vaughn, 2001). Затрудненията, които срещат при овладяване на учебния материал, оказват влияние върху общото им самочувствие и академичното им самоуважение (Thomson & Hartley, 1980). Като основни причини за понижените нива на самооценка при дислексици могат да се посочат въздействието на средата и преди всичко усещането за неуспешност в сравнение с останалите им връстници (Thomson, 1990, по Е. Тодорова, 2007). Отчита се висока корелация между самооценката на детето с дислексия и отношението на родителите му към проблема. Отрицателните родителски нагласи и неподкрепянето от тяхна страна значително понижават нивото ѝ. Изследванията отчитат противоречиви мнения относно нивото на самооценка при дислексиците. По-често се отчита ниско ниво, но не при всички индивиди (Budren & Burdeett, 2005). Много от децата показват успешно психосоциално адаптиране. Като цяло те показват средно ниво на обща самооценка и занижено специфично ниво само по някои показатели. Индивиди, които срещат по-голямо разбиране и подкрепа от връстници и от учители, а най-вече от своите родители, обикновено показват по-положително отношение към себе си (Kloomok & Cosden, 1994).

Тревожността е афективно състояние, предимно отрицателно, което се характеризира с чувство на несигурност в собствените компетентности, възможности и сили. Тревожността при децата с дислексия на развитието се изразява основно в притеснения, разсеяност, дефицит на вниманието, съсредоточаване върху себе си, изолиране и затваряне в свой собствен свят (Harris & Siraу, 1985). Причина за това състояние са непрекъснато повтарящите се неуспехи и неизменното субективно усещане за провал. Голям кошмар за тези деца е да бъдат изправени пред класа да четат на глас (Ely Singer, 2005). Средата също оказва въздействие върху завишаване на нивото на тревожност. Връстниците нерядко дразнят дислексиците поради затрудненията, които изпитват, поради невъзможността им да се справят и факта, че



изискват да им се предоставя повече време за изпълнение на някаква задача. Тревожните деца с дислексия са по-податливи на внушаемост и на манипулации, отколкото връстниците им без наличие на такъв проблем и това крие рискове от злоупотреби от страна на връстници и по-големи ученици. Емоционалните разстройства на децата с дислексия на развитието са характерни за начална училищна възраст, а поведенческите девиации - за по-късен етап от тяхното развитие (Матанова, 2003).

Цел на изследването

Целта на настоящата разработка е изследване на вторичните симптоми на дислексия на развитието, а именно определяне на нивото на тревожност, обща самооценка и специфична самооценка в различна социална среда – сред връстници, училищна и семейна.

Хипотеза

Предполагаме, че децата с дислексия на развитието ще покажат по-високи нива на тревожност, средно ниво на обща самооценка и по-ниски средни стойности на специфичните самооценки в сравнение с връстниците си от контролната група.

Методи на изследването

1. Скала за изследване на детска тревожност (CMAS) - автори на скалата са американските психолози А.Castaneda, В.R.McCandless и D.S.Palermo. Създадена е през 1956 г., като за основа е използвана скалата на психолога Джон Тейлър (Manifest Anxiety Scale, 1951, 1953 г.) за измерване тревожността на възрастни. Предназначена е за изследване на деца на възраст от 8 до 12 години. В България е адаптирана от проф. Наталия Александрова (Ръководство за изследване на детето, 2000).
2. Скала за измерване на самооценката в специфични области на общуване (тест на Хеър) – автор на скалата е американският психолог Хеър, измерва специфичната самооценка в различни сфери на общуване (в извънучилищна среда, в домашна обстановка и в училищна среда), както и общата самооценка, предназначен за деца от 8 до 13-годишна възраст (Ръководство за изследване на детето, 2004).

Процедура на изследването

Изследването е проведено в периода 16 декември 2011 - 12 март 2012 г. Изследвани са общо 80 деца на възраст 8 - 12 г., разпределени в две групи – 41 деца с предварително установена диагноза дислексия на развитието и 39 деца в норма. От групата деца с дислексия отпадат 11 деца, поради непълен набор от попълнени въпросници.

Изследването на децата с дислексия е проведено през периода 16 декември 2011 - 10 февруари 2012 г. в гр. София в Институт за детско психично здраве и развитие¹¹ и в логопедичен кабинет към Логопедичен център „София“, намиращ се в 109 ОУ, район Слатина¹². Изследването на децата в норма се осъществи от 13 февруари до 12 март 2012 г. Взето е разрешение от директорите. За провеждане на изследването е използван часа на класния ръководител. Учениците от различните паралелки са избрани на произволен принцип.

¹¹ със съгласието на проф. В.Матанова и родителите на децата

¹² със съдействието на логопеда С.Гигова



Изследването бе анонимно. На част от децата с дислексия (тези на 8 и 9-годишна възраст) се налагаше оказване на помощ, като администриращият четеше въпросите и ограждаше отговорите вместо тях, тъй като срещаша затруднение с процедурата. Попълването на въпросниците при дислексиците отнемаше значително по-дълго време.

Изследвани лица

Извадката включва 69 изследвани лица, от които 39 деца диагностицирани с дислексия и 30 деца без наличие на подобно нарушение. 33 момчета и 36 момичета на възраст 8 - 12 години ($X = 9,24$, $\sigma = 1,264$). Всички те са от масови училища в София като децата с установена диагноза дислексия са от 109 ОУ „Христо Смирненски“, 148 СОУ „Проф. Любомир Милетич“, 23 СОУ „Фредерик Жолио-Кюри“, 93 СОУ „Александър Теодоров-Балан“, 32 СОУ „Св. Климент Охридски“, 129 ОУ „Антим-І“, 135 СОУ „Ян Амос Коменски“, НСОУ „София“ (бивше 151 СОУПИ) и частно училище „Е.Кеснер“. Децата без наличие на дислексия са от 170 СОУ „Васил Левски“, СМГ „Паисий Хилендарски“, Първа частна математическа гимназия и 73 СОУ „Владислав Граматик“.

Описание и анализ на резултатите

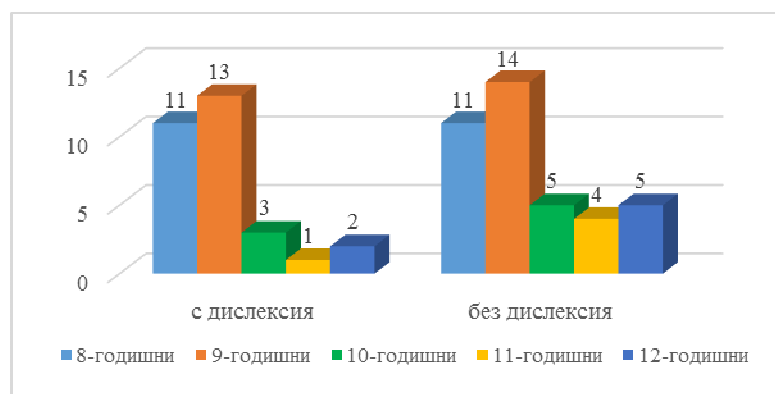
Описателни статистики

В анализите участват 69 деца – 30 деца с установена диагноза дислексия (43,5 %) и 39 деца без такова нарушение (56,5 %). 33 от тях са момчета (47,8 %) и 36 момичета (52,2 %). В таблица 1. е представено разпределението на децата по пол и статус (с и без диагноза дислексия).

Таблица 1. Разпределение на извадката по пол и статус

	В норма N=39 (56,5 %)		С дислексия N=30 (43,5 %)	
	брой	процент	брой	процент
момчета	13	33,6	20	66,7
момичета	26	66,7	10	33,3

Децата са на възраст 8 - 12 години ($X = 9,24$, $\sigma = 1,26$). Разпределението на извадката по възрастови групи и статус (с и без дислексия) е почти равномерно (Графика 1.).



Графика 1. Разпределение на извадката по статус и възраст



В таблица 2. са представени резултатите на децата за обща самооценка и самооценка в специфични области на общуване. Голям процент от децата (над 50 %) показват средно ниво на специфична и обща самооценка. По скала „Самооценка сред връстници“ е интересно да се отбележи, че повече деца с дислексия (23,3%) се оценяват с леко завишена самооценка в сравнение с нормолексиците (10,3%). Това не е очакван резултат, предвид затрудненията, които тези деца срещат при общуването с връстници. По скалата „Самооценка у дома“ 3,3 % при групата с дислексия се оценяват с много високо ниво. Това донякъде е обяснимо, тъй като някои от индивидите с дислексия имат илюзорна представа за себе си и не са в състояние реалистично да определят потенциала си. Такива деца са по-тревожни и по-трудно адаптивни, изискват по-специално отношение от страна на околните и изпитват силна нужда от одобрение. Друг интересен резултат по тази скала е, че 16,7 % от тези деца се оценяват и с много ниска самооценка. Това е и единствената скала, при която такъв голям процент от децата с дислексия се оценяват на такова ниско ниво. По скалата „Самооценка в училище“ на средно ниво се оценяват повече деца с дислексия (63,3 %), отколкото деца в норма (51,3 %). Това е неочакван резултат, предвид дефицитите и затрудненията, които имат дислексиците в академичната сфера. По отношение на общата самооценка, немалък брой дислексици в сравнение с нормолексиците, се оценяват с леко завишена самооценка (26,7 %). Три пъти повече дислексици (10 %), обаче се оценяват и с по-ниска обща самооценка в сравнение с техните връстници в норма (2,6 %).

Таблица 2. Обща и специфична самооценка на децата в норма и с дислексия (в проценти)

Ниво на самооценка	Самооценка сред връстници		Самооценка у дома		Самооценка в училище		Обща самооценка	
	Норма	Дислексия	Норма	Дислексия	Норма	Дислексия	Норма	Дислексия
Високо	-	-	-	3,3	2,6	-	-	-
Леко завишено	10,3	23,3	15,4	13,3	41,0	26,7	15,4	26,7
Средно	79,5	70,0	66,7	56,7	51,3	63,3	82,1	60,0
Леко занижено	10,3	6,7	12,8	10,0	2,6	6,7	2,6	10,0
Ниско	-	-	5,1	16,7	2,6	3,3	-	3,3

По отношение на нивото на тревожност на изследваните деца, над 55 % от децата с дислексия и над 60 % от нормолексиците се оценяват с нормално ниво на тревожност (Таблица 3.). Това е предпоставка за добра адаптация и нормално психично и социално функциониране на изследваните лица. Сравнявайки двете групи, повече деца с дислексия, в сравнение с тези в норма се оценяват с леко завишено и високо ниво на тревожност. Това е очакван резултат. Малко повече са и дислексиците, които се оценяват с отсъствие на тревожност. Това би могло да се интерпретира като прикриване и нежелание за споделяне за емоции и чувства, характерно за част от дислексиците.

Таблица 3. Тревожност при децата в норма и с дислексия (в проценти)

Степени на тревожност	Деца в норма	Деца с дислексия
Висока	2,6	10,0



Явно завишена	10,3	-
Леко завишена	15,4	20,0
Нормално ниво	61,5	56,7
Ниска (Липса)	10,3	13,3

Корелационен анализ

С цел да проследим взаимовръзката между тези два конструкта – самооценка и тревожност, прилагаме следният корелационен анализ. В две таблици (Таблица 4 и Таблица 5.) са представени резултатите за деца с и без дислексия на развитието по отделно.

Таблица 4. Корелации между самооценка и тревожност в групата в норма

	Тревожност	Самооценка сред връстници	Самооценка у дома	Самооценка в училище	Обща самооценка
Тревожност	1				
Самооценка сред връстници	-0,254	1			
Самооценка у дома	-0,273	-0,163	1		
Самооценка в училище	-0,338*	0,161	0,219	1	
Обща самооценка	-0,245	0,280	0,218	0,550**	1

Забележка: N=69; (*) p<0.05, (**) p<0.01

Таблица 5. Корелации между самооценка и тревожност в групата с дислексия

	Тревожност	Самооценка сред връстници	Самооценка у дома	Самооценка в училище	Обща самооценка
Тревожност	1				
Самооценка сред връстници	-0,028	1			
Самооценка у дома	-0,469*	0,204	1		
Самооценка в училище	-0,331	0,318	0,399*	1	
Обща самооценка	-0,365	0,502**	0,708**	0,753**	1

Забележка: N=69; (*) p<0.05, (**) p<0.01

Интересно е да отбележим, че в корелационната матрица при децата с дислексия се наблюдават много повече значими коефициенти, отколкото в матрицата при децата в норма.

Взаимовръзката между двата конструкта е очаквана, т.е. колкото е по-добра самооценката на децата, толкова е по-ниска тяхната тревожност.

Общата самооценка обяснимо корелира високо положително със скалите измерващи специфични области на самооценки. Това, обаче се наблюдава само при извадката на деца с дислексия. Интересно е защо в групата на нормолексиците това се наблюдава само по отношение на една скала – „Самооценка в училище“ (0,550, p=0,00).

T-тест



С цел сравнение на резултатите на двете групи използваме т-тест. Резултатите са представени в Таблица 6.

Таблица 6. Резултати от т-тест за сравнение на данните от групите на деца в норма и с дислексия на развитието

	Статус	Брой ИЛ	Средна аритметична	t	p
Тревожност	норма	39	15,11	,113	,910
	дислексия	30	14,88		
Самооценка сред връстници	норма	39	29,62	,246	,806
	дислексия	30	29,33		
Самооценка у дома	норма	39	28,59	,618	,539
	дислексия	30	27,97		
Самооценка в училище	норма	39	33,15	1,592	,116
	дислексия	30	31,17		
Обща самооценка	норма	39	91,36	1,166	,248
	дислексия	30	88,47		

При сравнението на групата в норма и групата с дислексия се установи, че между двете извадки не съществува статистически значима разлика. Предвид тези резултати поставената хипотеза, че децата с дислексия на развитието ще покажат по-високи нива на тревожност, средно ниво на обща самооценка и по-ниски средни стойности на специфичните самооценки в сравнение с връстниците си от контролната група не се потвърждава. Тези резултати действително се получават при първоначалната обработка на данните и описани по-горе в частта с описателните статистики. Разликите, обаче в резултатите на децата не са статистически значими. Това може да се дължи на малкия брой изследвани лица и в двете извадки. Въпреки стремежът към коректно, точно и добре проведено изследване, получените резултати може да се дължат и на процедурата на провеждане. Както бе споменато в процедурата на провеждане на децата с дислексия е съдействано за попълване на администрираните въпросници. Възможно е при четенето на въпросите децата не винаги да са разбирали правилно въпросът, да не са запомняли цялата част на прочетения въпрос, да са давали автоматични отговори и др. под., въпреки старанието при администриране, наблюдение за липса на умора и прекратяване на процедурата при наличие на такава, задаване на уточняващи въпроси за разбиране.

Заклучение

Добрата самооценка на децата с дислексия на развитието, независимо дали е обща или специфична, отнасяща се до различни области на общуване (сред приятелите, у дома, в училище) значително допринася за адекватното им психо-социално функциониране и успешното им адаптиране в различна социална среда. Тези от тях, които имат добра самооценка обикновено са спокойни, емоционално отзивчиви, в състояние да разбират себе си и околните, имат приятели и са приети от съучениците си. Взаимоотношенията им са безпроблемни и те се чувстват добре, както сред връстници и съученици, така и сред семейството си в домашна обстановка и имат добри социални взаимоотношения. Повишаването на самооценката и сваляне на нивото на тревожност успешно могат да се повлияят при терапия. В настоящето изследване липсва информация децата с дислексия кога са диагностицирани и от колко време и с



каква интензивност посещават терапия и какви са постигнатите от тях резултати. Настоящото изследване отваря врати за бъдещи търсения като се проведат нови подобни изследвания с повече изследвани лица, събиране на допълнителна информация и избягване на ограниченията на настоящето.

Литература

- Дилова, М., Експериментална психология на себепознанието, изд. НБУ, 2008
- Матанова, В., Дислексия, изд. Софи-Р, 2001
- Матанова, В., Психология на аномалното развитие, изд. Немезида, 2003
- Ръководство за изследване на детето, I част, под ред. Б.Минчев, С., Веда Словена – Ж. Г., 2000
- Ръководство за изследване на детето, II част, под ред. Б.Минчев, С., Веда Словена – Ж. Г., 2004
- Тодорова, Е., Дислексия. Специфични нарушения на способността за учене, изд. НБУ, 2007
- Budren, R., & Burdett, J. (2005). Factors associated with successful learning in pupils with dyslexia: A motivational analysis. *British Journal of Special Education*, 32(2), 100–104.
- Dr. Humphrey N., Self-concept and Self-esteem in developmental dyslexia: implication for theory and practice, 2002
- Elbaum, B. & Vaughn, S. (2001), School-based interventions to enhance the self-concept of students with learning disabilities: a meta-analysis, *Elementary School Journal*, 101(3), 303-329
- Harris, A. J., & Sipay, E. R. (1985). *How to increase reading ability: A guide to developmental and remedial methods* (8th ed.). White Plains, NY: Longman.
- Kloomok, S., & Cosden, M. (1994). Self-Concept in Children with Learning Disabilities: The relationship between Global Self-Concept, Academic 'Discounting', Nonacademic Self-Concept, and Perceived Social Support. *Learning Disability Quarterly*, 17(2), 140–153.
- Singer, E., (2005), The strategies adopted by dutch children with dyslexia to maintain their Self-esteem when teased at school, *Journal of learning disabilities*, *Journal Of Learning Disabilities*, Volume 38, Number 5, September/October 2005, pp. 411–423
- Terass, M., Thompson, L., Minnis, H., (2009), *Dyslexia and Psycho-social functioning: an exploratory study of the role of self-esteem and understanding*
- Thomson, M. E. & Hartley, G. M. (1980) Self-concept in children with dyslexia, *Academic Therapy*, 26, 19-36.

Надя Христова Колчева, гл. ас., д-р, Нов български университет, Департамент Когнитивна наука и психология

