

РЪКОВОДСТВО



Превенция

на комуникативни
и социални нарушения
при деца с увреждания
и затруднения
в развитието

ПРЕВЕНЦИЯ
на комуникативни и социални нарушения
при деца с увреждания и
затруднения в развитието





Финансирано от
Европейския съюз
NextGenerationEU

ПРОЕКТ „Видеомоделиране за развиване и подобряване на умения за социална комуникация при индивиди с РАС (Разстройства от аутистичен спектър) 6–16 г.“

Договор BG05SFPR002-2.003-0136-C01

Процедура: BG05SFPR002-2.003 „Бъдеще за децата“

Програма „Развитие на човешките ресурси“ 2021 – 2027

Превенция

на комуникативни и
социални нарушения
при деца с увреждания и
затруднения в развитието

РЪКОВОДСТВО

Под редакцията на
Маргарита Станкова
Цвета Каменски



*Съдържанието на продукта отразява
единствено мнението на авторите и отговорността
за съдържанието е изцяло тяхна. ЕС не носи отговорност
за съдържанието и за посланията в материала.*

Превенция на комуникативни и социални нарушения
при деца с увреждания и затруднения в развитието
Ръководство

Съставителство и научна редакция: доц. г-р Маргарита Станкова
ас. г-р Цвета Каменски

© Венета Василева, Габриела Траянова, Гергана Георгиева, Иван Жингов, Маргарита Станкова, Мелинда Добрева, Момчил Баев, Полина Михова, Слава Костадинова-Петрова, Цвета Каменски – автори

Рецензент: проф. г-р Виолета Боянова
Редактор: Ира Георгиева

© Издателство на Нов български университет, 2026
ул. „Монтевидео“ 21, 1618 София
www.nbu.bg
bookshop.nbu.bg

Всички права са запазени. Не е разрешено публикуването на части от книгата под каквато и да е форма – електронна, механична, фотокопирна, презапис или по друг начин – без писменото разрешение на носителя на авторските права.

© МТ Студио – корица, дизайн и предпечат

Печат: „Симолини-94“ ООД

ISBN 978-619-233-402-4 (печатно издание)
ISBN 978-619-233-403-1 (електронно издание)

СЪДЪРЖАНИЕ

Маргарита Станкова

Увод 7

Маргарита Станкова

**Етапи на развитие на комуникацията и
превенция на комуникативни нарушения** 9

Цвета Каменски

**Превенция на комуникативни нарушения:
работа с родители** 27

Полина Михова

**Превенция на комуникативни нарушения
чрез телепрактики** 43

Венета Василева

Разстройство на езиковото развитие..... 63

Момчил Баев, Мелинда Добрева

**Превенция на комуникативни нарушения:
разстройства от аутистичния спектър –
социални нарушения** 75

Гергана Георгиева

**Арт терапия –
специфична терапевтична форма** 91

Слава Костадинова

Специфични форми и общи принципи на
терапевтичната дейност при деца
с нарушения в развитието103

Иван Жингов

Комуникативни нарушения
при деца с церебрална парализа 115

Габриела Траянова

Координационно разстройство на развитието 123

Увод

Терминът „превенция“ произлиза от латинската дума *praeventio*, която означава „изпреварване“ или „предупреждение“. В сферата на комуникативните нарушения превенцията често има за цел предотвратяване на някои бъдещи затруднения, които децата биха имали, ако ние не успеем да посрещнем техните нужди. На първо място, комуникативните нарушения често водят до бъдещи обучителни трудности и слаби академични постижения. Ученето и като цяло успешното преминаване през училищното образование е важен етап от живота на всеки човек. Комуникативните нарушения в предучилищна възраст често се подценяват от възрастните и много от тях се обясняват с възрастта, генетиката, пола и средата, като погрешно се предполага, че те ще отминат спонтанно с възрастта. На второ място, превенцията на комуникативните нарушения има отношение към бъдещо усложняване на самото нарушение, както и към появата на други по-тежки състояния. Поради това ранната диагностика и терапия се оказват ключови за добрия изход при разстройствата в развитието.

Това ръководство съдържа кратък преглед на етапите на развитието с преход към маркери на забавено развитие или нарушение,

техники за работа с родители, телепрактики и информация за някои нарушения – разстройство на езиковото развитие, разстройства от аутистичния спектър и съпътстващите го социални нарушения, детска церебрална парализа и координационно разстройство на развитието, както и някои терапевтични техники, които могат да се прилагат в помощ на децата и техните семейства.

Ръководството би подпомогнало родители и специалисти в техните грижи за децата с комуникативни нарушения и техните семейства към прилагане на по-добри практики в ранното откриване, превенция и терапия.

Маргарита Станкова

Етапи на развитие на комуникацията и превенция на комуникативни нарушения

Маргарита Станкова

Етапи на развитие на комуникацията

Развитието на комуникацията при децата варира при отделните индивиди. Съществуват обаче типични етапи, през които всички деца преминават, и очакванията те да са постигнали определено ниво на комуникативна компетентност и определено развитие на говор и език се съотнасят към норми, които специалистите следват при оценката на нарушенията.

Комуникативните нарушения са фактор от развитието, на който родителите непременно трябва да обърнат внимание, тъй като комуникацията е в основата на връзката, която детето установява с връстниците и възрастните. Тя е необходима, за да може детето да поиска, да откаже, да съобщи за нуждите си, да потърси помощ. Комуникативните нарушения в предучилищна възраст могат да доведат до бъдещи обучителни трудности в училище, ниски академични постижения и затруднена адаптация.

Нормалното езиково и говорно развитие включва:

- Прелингвистично развитие;
- Развитие на езика и говора в предучилищна възраст;
- Развитие на езика и говора в училищна възраст.

Всеки от тези етапи може да се прояви със забавяне и особености, които изискват оценка от специалисти и които могат да бъдат обект на първична, вторична и третична превенция, ранни интервенции и терапия. Участието на родителите в процеса и тяхното наблюдение върху развитието на говора и езика на детето са жизнено необходими, за да се осигури възможно най-рано помощ за детето от логопед, психолог, лекар и при необходимост специален педагог.

Родителите най-често първи забелязват особеностите в развитието на говора и езика при децата си, както и трудностите на детето да се справи в средата на връстниците и в комуникацията и връзките с възрастните. Daniel (2015) категоризира родителското участие в три варианта: родителско участие у дома, в училище и в партньорството между семейството и училището, като поставя акцент не само върху типичните ситуации, в които децата участват, но и в колаборацията между родителите и специалистите. Други автори разглеждат родителското участие според съдържанието на подкрепата, предоставяна от родителите. Например Yue et al. (2022) разделят родителското участие на четири вида: оказване на психологическа подкрепа (участие, което съдейства при справяне с негативните емоции на децата), оказване на образователна подкрепа (участие, което помага на децата в ученето), оказване на подкрепа при игра (участие, което стимулира любопитството и креативността на децата) и оказване на обща житейска подкрепа (участие, което осигурява оцеляването на децата).

Активната подкрепа на родителите е свързана с по-добри академични постижения на децата, положително отношение към обучението, по-високи резултати при тестове и по-малка степен на отпадане от училище и поведенчески проблеми (Hoover-Dempsey, Sandler 1997). В този процес обаче важно място заемат информираността, знанията за комуникативните нарушения и етапите на развитието, знаците, които родителите и специалистите, работещи с деца, трябва да разпознават, за да насочат детето с комуникативни нарушения възможно най-рано към оценка и интервенции за подпомагане на говора и езика, когато е необходимо.

Ако проследим етапите на развитието на комуникацията в детска възраст, можем да отделим следните периоди с изброени възможности и постижения при повечето деца на съответната възраст.

От 0 до 6 месеца

- Детето активно разучава средата, особено лицата на хората в обкръжението;
- Детето не проявява тревога от присъствието на непознати, освен в края на периода;
- Невербалната комуникация е ключова за детето – възрастните наблюдават лицевата експресия, гласа и активно се опитват да разпознаят сигналите, които детето им дава.

До края на 3-ти месец

Социална и емоционална сфера

- Детето започва да споделя с възрастните социална усмивка;
- Детето се радва на играта с други хора; понякога може да плаче, когато тя се прекрати;
- Детето става по-експресивно и започва да общува активно с тяло и лице;
- Детето може да имитира някои движения и лицеви изражения.

Двигателно развитие

- Детето може да повдига главата и гърдите си, когато е легнало по корем;
- Детето може да подкрепя горната част на тялото си, когато е легнало по корем;
- Детето може да свива коленете си и да рита, когато лежи по корем или по гръб;
- Детето може да отваря и затваря ръцете си;
- Детето може да изпъва краката си, когато докосват гладка повърхност;

- Детето може да движи ръцете си към устните;
- Детето може да удря силно с ръце люлеещи се предмети;
- Детето може да сграбчва и да люлее с ръце играчки.

Зрителни функции

- Детето може да наблюдава лицето на възрастен внимателно;
- Детето може да следва с поглед движещи се обекти;
- Детето може да разпознава познати обекти и хора от разстояние;
- Детето започва да използва ръцете и очите си координирано.

Слух и говор

- Детето се усмихва, когато чуе гласа на майката;
- Детето започва да гука;
- Детето започва да имитира някои звукове;
- Детето може да обръща главата си по посока на звука.

До края на 7-и месец

Социална и емоционална сфера

- Детето може да играе социални игри;
- Детето проявява интерес към изображението си в огледалото;
- Детето често демонстрира ведро настроение и отговаря адекватно на експресията на чужда емоция.

Когнитивно развитие

- Детето може да открива скрити обекти;
- Детето може да използва целенасочено ръцете и устните си;
- Детето се стреми да достигне обекти, които не са удобни за хващане.

Език

- Детето реагира на собственото си име;
- Детето започва да реагира на забраната „не“;

- Детето може да изразява емоции чрез тона на гласа си;
- Детето отговаря на гуми чрез издаване на звуци;
- Детето използва гласа си, за да изразява радост и недоволствие;
- Детето прави дълги „изказвания“ от „бръцолевене“ или поредици от звуци.

Двигателни функции

- Детето може да се върти в двете посоки (от корем по гръб и от гръб по корем);
- Детето може да седи първоначално с подкрепа на ръцете си, а след това и без опора;
- Детето може да поставя цялата си тежест на краката;
- Детето може да достига обекти с едната си ръка;
- Детето прехвърля обекти от едната ръка в другата;
- Детето използва ръката си, за да загребва обекти.

Зрителни функции

- Цветното зрение е напълно развито;
- Подобрява се способността за следене на обекти.

6–18 месеца

- Детето започва да се страхува от непознати;
- Комуникацията е отново предимно невербална, но детето разбира част от информацията и вербално;
- Развитието на моториката често е по-бързо от вербалните умения;
- Детето може да фокусира вниманието си, ако се използват играчки, и да участва в комуникация.

До края на 1-вата година (12 месеца)

Социална и емоционална сфера

- Детето е срамежливо или неспокойно с непознати;
- Детето плаче, когато майката или бащата си тръгнат;

- Детето обича да имитира хората, когато си играе;
- Детето има предпочитание към някои хора или играчки;
- Детето проверява реакциите на родителите на някои свои действия по време на хранене;
- Детето проверява реакциите на родителите си чрез определени поведениия;
- Детето изпитва страх в някои ситуации;
- Детето предпочита майка си или човека, който се грижи за него, пред всички останали;
- Детето повтаря жестове или звуци, за да предизвика внимание;
- Детето може да подпомага храненето си с пръсти;
- Когато го обличат, детето изпъва ръката или крака си, за да помогне.

Когнитивни функции

- Детето използва предметите по различен начин (груска, удря, хвърля, чупи);
- Детето лесно открива скрити предмети;
- Детето поглежда към правилната картинка, когато тя е назована;
- Детето може да имитира жестове;
- Детето започва да употребява предметите по предназначение (пие от чаша, сресва си косата, натиска бутоните на телефона, отговаря на слушалката).

Език

- Детето обръща сериозно внимание на речта;
- Детето отговаря на прости вербални молби;
- Детето реагира адекватно, когато му кажат „не“;
- Детето може да използва прости жестове (напр. за да каже „не“);

- Детето може да променя тона на бебешкото говорене (лепет);
- Детето може да казва „мама“ и „тати“;
- Детето може да използва възклицания, като Ох! О-о-о!;
- Детето се опитва да имитира гуми.

18 месеца – 3 години

- Детето проявява много повече любопитство, но все още търси активно защита от любимите възрастни;
- Детето разбира повече гуми, отколкото може да произнася;
- Детето е постоянно в движение;
- Играта и любопитството са мотивираци за развитието.

До края на 2-рата година (24 месеца)

Социална сфера

- Детето имитира поведението на другите, особено на възрастните и по-големите деца;
- Детето умее да си играе само;
- Детето предпочита да е в компания на други деца.

Емоционална сфера

- Детето демонстрира повишаваща се независимост;
- Детето демонстрира поведение на противопоставяне;

Когнитивно развитие

- Детето може да открива предмети дори когато са скрити под две или три повърхности;
- Детето започва да сортира по форма и цвят;
- Детето може да играе въображаеми игри.

Език

- Детето може да покаже картинки или обекти, когато се назовават;
- Детето разпознава имена на познати членове от семейството, предмети или частите на тялото;

- Детето може да произнася няколко изолирани гуми (между 18–24 месец);
- Детето може да използва прости фрази (между 18–24 месец);
- Детето може да използва кратки изречения;
- Детето може да следва прости инструкции;
- Детето може да повтаря чути гуми в разговор.

Обща моторика

- Детето ходи само;
- Детето може да хвърля играчки зад себе си, докато ходи;
- Детето може да носи голяма играчка или няколко малки, докато ходи;
- Детето може да тича;
- Детето може да стои на пръсти;
- Детето може да рити топка;
- Детето може да се катери и слиза самостоятелно по мебелите;
- Детето може да се качва и слиза по стълби с чужда помощ.

Фина моторика

- Детето може да грабва;
- Детето може да изсипва съдържанието на кутия;
- Детето може да направи кула от 4 или повече блокчета;
- Детето използва едната си ръка по-често от другата (оформя се предпочитана ръка).

До края на 3-тата година (36 месеца)

Социална сфера

- Детето може да имитира възрастните и връстниците си;
- Детето може спонтанно да демонстрира привързаност към някое дете;
- Детето може да спазва реда в игри;

- Детето разбира смисъла на концепцията „мое“ и „негово“/ „нейно“.

Емоционална сфера

- Детето може да изразява широк диапазон от емоции;
- Около 3-годишна възраст детето може лесно да се отдели от родителите;
- Детето демонстрира смяна на настроенята.

Когнитивно развитие

- Детето може да включи механична играчка;
- Детето може да свърже предмет от близкото обкръжение с картинка в книжка;
- Детето може да играе игри „наужким“ с кукли, животни, хора;
- Детето може да сортира предмети по цвят и форма;
- Детето може да подрежда пъзели от 3–4 части;
- Детето разбира смисъла на думата „две“.

Език

- Детето може да следва инструкция от три-четири части;
- Детето разпознава и идентифицира почти всички познати обекти и картини;
- Детето разбира по-голяма част от изреченията;
- Детето разбира смисъла на предлозите „на“, „в“, „зад“;
- Детето използва изречения с дължина 3–4 думи;
- Детето може да каже своето име, възраст и пол;
- Детето може да използва местоимения (аз, ти, мен, ние, те);
- Детето може да образува правилно някои форми на множествено число;
- Непознатите могат да разбират по-голяма част от изказванията на детето.

Обща моторика

- Детето може да се катери добре;

- Детето може да се качва и слиза по стълби, като редува краката си;
- Детето може да рита топка;
- Детето може да тича;
- Детето може да кара колело с три гуми;
- Детето може да се навежда лесно, без да пада.

Фина моторика

- Детето може да рисува с молив или тебешир: линии, кръг;
- Детето може да обръща страниците на книга;
- Детето може да направи кула от повече от 6 блокчета;
- Детето може да държи молива в правилната позиция за писане;
- Детето може да отвива и завива капачка на буркан, болтчета и винтове;
- Детето може да завърта въртящи се дръжки.

Въпреки че постиженията в тези етапи на развитието биха могли да бъдат използвани като маркери за очаквания напредък в определени възрастови групи, трябва да се има предвид, че развитието е индивидуално и се намира в съзвучие с множество компоненти на заобикалящата среда, които биха били уникални за всеки индивид в неговия конкретен контекст. От друга страна, нарушенията в развитието при отделния индивид биха влезли в уникално взаимодействие с всеки един от останалите елементи на развитието в конкретната обстановка, където детето расте и се учи. Поради тази причина, за да успеем да получим пълната картина на процесите, през които преминава детето, нито един от гореспоменатите маркери не бива да се оценява отделно от останалите и без да се вземат предвид факторите на средата.

Невербална комуникация

Невербалната комуникация е съществена за социалния живот и може да се отбележи, че почти няма област на социалния опит, която да не е свързана с нея. Невербалната комуникация има отношение към общото поведение, тялото или гласа без езиковото съдържание. Тя често се определя като всичко в комуникацията освен думите, тъй като включва способностите на хората да предават желаните от тях значения чрез невербални поведения и способностите на другите да разчетат значенията на тези невербални сигнали.

Невербалната комуникация, която се препоръчва възрастните да използват в процеса на подпомагане на развитие на говора и езика при децата, включва:

- Използване на очния контакт;
- Избягване на неудобен ъгъл за проследяване;
- Избягване на форсиране на прекия контакт лице в лице;
- Използване на веждите за изява на емоция;
- Използване на нежен глас и прекъсване, когато е необходимо;
- Окуражаване на детето в комуникацията чрез лицево изражение;
- Повишаване на гласа в края на изречението.

Подкрепата на детето от възрастните в обкръжението е ключова в процеса на развитие на говора и езика. Детето получава както множество вербални примери от родителите и хората, които го обгрижват, така и невербални сигнали в посока поощряване на определени действия и активности и неодобрение на такива, които могат да бъдат оценени като опасни и неподходящи. Важен елемент е „живата“ комуникация с възрастните и връстниците, но също така и четенето на книжки, за да узнае детето, че съществува и писмен език, слушането на приказки и участието в комуникативни игри с възрастните.

Кога детето има нужда от специализирана оценка по отношение на комуникацията?

От раждането до всяка възраст

- При липса на отговор на звук;
- При липса на интерес към общуване с хора;

На 4 месеца

- При липса на желание за комуникация;

Между 6 и 12 месеца

- При липса на способност за лепет;
- Когато детето не отговоря на име;
- Когато детето не може да имитира звукове и жестове.

На 18 месеца

- Когато детето няма вербални ритуали;
- Когато липсват езикови и социални етапи от предходни периоди;
- Когато детето не може да произнесе единични гуми;
- Когато детето слабо разбира езика;

На 24 месеца

- Когато детето използва повече жестове, отколкото гуми;
- Когато детето не може да следва инструкция от 1 изречение;

На 36 месеца

- Когато речникът на детето е по-беден от 50 думи;
- Когато детето не използва фрази от поне 2 думи;
- Когато по-малко от 50% от речта се разбира от непознати;
- Когато детето използва научени наизуст думи и фрази;
- Когато детето проявява честна и неочаквана, незабавна или забавена ехололия;
- Когато детето има изравнена или необичайна интонация;

На 48 месеца

- Когато по-малко от 75% от думите са разбираеми за непознати;
- Когато детето е неспособно да участва в разговор;

На 5 години

- Когато по-малко от 90% от речта е разбираема за непознати.

На 6 години

- Когато детето има незряла реч и неправилна артикулация;
- Когато детето среща трудности в използването на правилни граматични конструкции;

В училищна възраст

- Когато детето среща трудности в разказването на истории и случки, които другите трябва да разберат;
- Когато детето среща трудности в отговора на въпроси за истории, които са разказани от други;
- Когато детето среща трудности в разбирането на фигуративния език.

Комуникативни нарушения

American Speech-Language-Hearing Association предоставя следното определение за комуникативно нарушение: Комуникативното нарушение е разстройство в способността за приемане, изпращане, обработка и разбиране на мисли или вербални, невербални и графични символи. Комуникативното нарушение може да се прояви в преработката на информацията, процесирана чрез слух, език и/или говор. Комуникативното нарушение може да варира по тежест от леко до тежко. То може да се появи в процеса на развитието или да бъде придобито. Индивидите могат да демонстрират едно или комбинация от няколко комуникативни нарушения. Комуникативното нарушение може да бъде първично или вторично на други нарушения (ASHA 1993).

Говорните нарушения включват разстройство на артикулацията на речевите звукове, плавността и/или гласа.

- Артикулационното нарушение е нетипичното произнасяне на речеви звукове, характеризиращо се със замествания, пропуски, добавяния или изопачавания, които могат да попречат на разбираемостта.
- Флуентното нарушение е прекъсване в говорния поток, характеризиращо се с нетипична скорост, ритъм и повторения на звукове, срички, думи и фрази. Това може да бъде съпроводено с прекомерно напрежение, поведение на борба и вторични маниеризми.
- Гласовото нарушение се характеризира с необичайна продукция и/или отсъствие на вокално качество, височина, сила на гласа, резонанс и/или устойчивост, което е неподходящо за възрастта и/или пола на индивида.

Езиковото нарушение е разстройство в разбирането и/или продукцията на говоримия или писмения език. Разстройството може да включва нарушение на (1) формата на езика (фонология, морфология, синтаксис), (2) съдържанието на езика (семантика) и/или (3) функцията на езика в комуникацията (прагматика) във всякакви комбинации (ASHA 1993).

Диагностичният и статистически наръчник за психични разстройства (DSM) на Американската психиатрична асоциация включва комуникативни нарушения, които обединяват езиково нарушение, разстройство на говорните звукове, разстройство на плавността на говора (заекване) с начало в детството, социално (прагматично) комуникативно разстройство и неопределени комуникативни нарушения (APA 2022).

В МКБ II разстройствата на речта или езика в периода на развитието се характеризират с трудности при разбирането или продукцията на говор и език, или в използването на езика в контекст за целите на комуникацията, които са извън границите на нормалните вариации, очаквани за възрастта и нивото на интелектуално функциониране. Наблюдаваните проблеми в говора и езика не се дължат

на географски, социални или културни/етнически езикови вариации и не се обясняват напълно с анатомични или неврологични аномалии. Предполагаемата етиология на нарушенията на говора или езика в развитието е сложна и в много отделни случаи е неизвестна (WHO 2022).

Разграничават се следните отделни нарушения:

➤ **Развитийно артикулационно нарушение**

Характеризира се с трудности при усвояването, продукцията и възприемането на речта.

Тези трудности от своя страна водят до грешки в произношението като брой или видове допуснати грешки, или като общо влошено качество на говора извън границите на нормалните вариации, очаквани за възрастта и нивото на интелектуално функциониране, както и до намалена разбираемост, значително засягаща комуникацията. Грешките в произношението възникват през ранния период на развитие и не могат да бъдат обяснени със социални, културни и други вариации в околната среда (напр. регионални диалекти). Говорните грешки не се обясняват напълно с увреждане на слуха или структурна или неврологична аномалия. Това разстройство включва функционалното артикулационно нарушение.

➤ **Развитийно разстройство на плавността**

Разстройството на плавността се характеризира с често или повсеместно нарушаване на нормалния ритмичен поток и темп на говора, характеризиращо се с повторения и удължавания на звукове, срички, думи и фрази, както и блокиране, избягване или заместване на думи. Нарушението на плавността е персистиращо във времето. Началото на нарушената плавност настъпва по време на периода на развитие и плавността на говорния поток е значително погочакваното за възрастта. Нарушението на плавността води до значително увреждане на социалната комуникация, личните, семейните, социалните, образователните, професионалните или други важни области на функциониране. Нарушението на плавността не се обяснява по-добре с нарушение на интелектуалното развитие, за-

боляване на нервната система, сензорно увреждане или структурна аномалия, или друго комуникативно нарушение.

➤ **Развитийно езиково нарушение**

Развитийното езиково нарушение се характеризира с персистиращи дефицити в усвояването, разбирането, производството или употребата на език (говорим или жестомимичен), които възникват по време на периода на развитие, обикновено в ранното детство, и причиняват значителни ограничения в способността на индивида да общува. Способността на индивида да разбира, продуцира или използва език е значително под очакваната предвид възрастта му. Езиковите дефицити не се обясняват с друго неврологично разстройство, сензорно увреждане или неврологично състояние, включително последиците от мозъчно увреждане или инфекция.

В тази група се включват следните подвидове нарушения:

- ✓ **Развитийно езиково нарушение с разстройство на рецептивния и експресивния език:** Способността за разбиране на говорим или жестомимичен език (т.е. рецептивен език) е значително под очакваното ниво предвид възрастта и нивото на интелектуално функциониране на индивида и е съпроводено с постоянно нарушение на способността за производство и използване на говорим или жестомимичен език (т.е. експресивен език).
- ✓ **Развитийно езиково нарушение с разстройство предимно на експресивния език:** Способността за производство и използване на говорим или жестомимичен език (т.е. експресивен език) е значително под очакваното ниво предвид възрастта и нивото на интелектуално функциониране на индивида, но способността за разбиране на говорим или жестомимичен език (т.е. рецептивен език) е относително запазена.
- ✓ **Развитийно езиково нарушение с разстройство предимно на прагматичния език:** Постоянни и изразени трудности с разбирането и използването на езика в социални контексти, например правене на заключения, разбиране на словесния хумор и разрешаване на двусмислени значения. Тези трудности възникват по време на периода на развитие, обикновено в ранното детство, и причиняват значителни ограничения

В способността на индивида да общува. Прагматичните езикови способности са значително под очакваното ниво предвид възрастта и нивото на интелектуално функциониране на индивида, но другите компоненти на рецептивния и експресивния език са относително запазени. Този подвид не трябва да се използва, ако нарушението на прагматичния език се обяснява по-добре с разстройство от аутистичния спектър или с нарушения в други компоненти на рецептивния или експресивния език.

Превенция на комуникативни нарушения

Съвременното общество изисква високо ниво на комуникативни умения; езикът, говорът, сензорните функции и грамотността са основните умения, необходими за посрещане на тези изисквания. Когато не се подлагат на терапия, комуникативните нарушения в детството могат да доведат до допълнителни негативни последици, като например забавяне в развитието на социалните умения и нормалното усвояване на езика. От своя страна това може да доведе до ограничени академични постижения, намалени възможности за адаптация и проблеми със социалното включване (Skarżyński, Piotrowska 2012).

В сферата на комуникативните нарушения е възможна първична, вторична и третична профилактика. Основната задача на първичната профилактика е да се предотврати появата на комуникативни нарушения. Вторичната профилактика има за цел да предотврати преминаването на комуникативното нарушение в хронично и да премахне последиците от това нарушение върху индивида. Третичната профилактика е ориентирана към намаляване и премахване на социалните, емоционални и поведенчески последици от комуникативните нарушения, както и проблемите в адаптацията.

По принцип профилактичните мерки трябва да се предприемат още преди раждането на детето. Те могат да включват проследяване на бременността, при необходимост генетични консултации, оценка на рисковите фактори. Първичните увреждания, които могат да засег-

нат системите на слуха, зрението, интелекта и двигателните функции, могат да забавят или променят развитието на говора и езика.

Вторичната профилактика предполага възможно най-ранно включване на терапия на комуникативните нарушения, за да се предотвратят бъдещи затруднения в писмения език и академични трудности.

В третичната профилактика на комуникативните нарушения е подходящо включване на специалисти в областта на психологията, педагогиката, специалната педагогика, ерготерапията и медицината в помощ на логопеда, за да се подготви подходяща среда, която не позволява поява и на допълнителните коморбидни състояния.

Източници:

- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 1993. *Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]* [viewed May 15, 2025]. Available at: <https://www.asha.org/policy/rp1993-00208/>
- American Psychiatric Association (APA), 2022. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. Text Revision) [viewed May 17, 2025]. Available at: <https://psychnet.apa.org/record/2013-14907-000>
- Daniel, G., 2015. Patterns of parent involvement: A longitudinal analysis of family-school partnerships in the early years of school in Australia. *Australasian Journal of Early Childhood*, 40(1), 119–128.
- American Speech-Language-Hearing Association, 1993. Ad Hoc Committee on Service Delivery in the Schools. Definitions of communication disorders and variations. *ASHA Supplement*, 35(3 Suppl 10), 40-41.
- Hoover-Dempsey, K. V., Sandler, H. M., 1997. Why do parents become involved in their children's education? *Review of Educational Research*, 67(1), 3–42.
- Skarżyński H, Piotrowska A., 2012. Prevention of communication disorders—screening pre-school and school-age children for problems with hearing, vision and speech: European Consensus Statement. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 18(4), SR17–21.
- World Health Organization (WHO), 2022. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). License: CC BY-ND 3.0 IGO.
- Yue, Y., Zhu, X., Zhang, Y. and Ren, W., 2022. Development and Validation of Chinese Parental Involvement and Support Scale for Preschool Children. *Frontiers in Psychology*, 13:792910.

Превенция на комуникативни нарушения: работа с родители

Цвета Каменски

Работата с родителите на деца с комуникативни нарушения придобива все по-голямо значение през последното десетилетие както в международен, така и в български контекст. Комуникативните нарушения обхващат широк спектър от състояния – от нарушения на речта и езика (напр. специфични езикови нарушения, забавено езиково развитие) до комплексни разстройства като аутизъм, при които комуникацията във всички си форми е сериозно затруднена. В теоретичен план се утвърждава семейно-ориентираният подход, според който семейството и особено родителите са неразделна част от терапевтичния процес и развитието на детето. Съгласно този подход терапевтът вече не е единственият носител на интервенцията – родителите се превръщат в ко-терапевти, които получават знания и умения да подпомагат комуникацията на детето си в естествената домашна среда.

В глобален мащаб множество изследвания доказват, че активно включените родители могат значително да подобрят комуникативните умения на децата си и дори да постигнат резултати, съпоставими с тези на директната терапия от специалист. Включването на родителя като активен участник в структурирана интервенция, провеждана вкъщи, по която системно работи с детето и постига резултати, дава повече спокойствие и увереност на родителя, като

през това време той е в постоянен контакт със специалист-супервайзор за инструкции и насоки (McCartney et al. 2011). Освен това посредством такава интервенция родителят изгражда по-добра връзка със своето дете и прекарва повече качествено време в споделени дейности (Rannard et al. 2005; Oono et al. 2013); радва се на общите постижения заедно с детето (Matic et al. 2018). Това е още по-явно, когато този тип интервенция е проведена, докато детето е в ранна възраст, защото по този начин повлиява положително развитието на езикова компетентност и уменията за социализация (Webb et al. 2014); подпомага развиването на самоувереност и самочувствие (Matson 2009). По този начин включването на родителите води до по-добри резултати от терапевтичната индиректна интервенция (Matson 2009).

В България също се наблюдава засилен интерес към семейно-центрираните практики – националната политика за приобщаващо образование изисква участие на родителите, а редица програми и организации предлагат подкрепа и обучение за родители на деца с комуникативни нарушения. В този текст ще опитаме да представим обзор на теоретичните основи, доказателствата от изследвания, практическите модели за интервенция, както и политиките и програмните рамки за работа с родители на деца с комуникативни нарушения, като съчетаем глобалната перспектива с тази в България.

Идеята на работата с родители се корени във възгледа за развитието на детето в контекста на семейството и взаимоотношенията. Съвременните модели се основават на семейните системни теории, които подчертават, че развитието на детето – включително комуникативното му развитие – е повлияно силно от обкръжаващата го среда, а именно семейството. В областта на комуникативните нарушения това разбиране се материализира в т.нар. семейно-центрирана интервенция. Тази практика разглежда родителите не просто като пасивни наблюдатели или подпомагащи терапията лица, а като равностойни партньори. Теориите за учене на възрастни и коучинг при ранна интервенция допълват основите на този подход – терапевтът (логопед, специален педагог, ерготерапевт и пр.) изпълнява ролята на учител и ментор, който предава

на родителите стратегии и умения за стимулиране на комуникацията в ежедневни ситуации (Lowry 2022).

Кратък исторически поглед показва преход от традиционния медицински модел, при който детето е работило непосредствено със специалист, към модел на партньорство със семейството. Множество нормативни документи и професионални стандарти подкрепят тази промяна. Например в САЩ федералният закон IDEA (Part C) изисква услугите за ранна интервенция да бъдат семейноориентирани и предоставяни в естествената среда на детето (Alvarez 2000).

Подобни принципи се приемат и в Европа, където приобщаващото образование и ранната интервенция се разглеждат като процеси, включващи активно семейното участие. Смята се, че родителите, прекарвайки най-много време с детето и познавайки го най-добре, могат да обобщят уменията от терапията в реалния живот и да осигурят необходимата интензивност на стимулиране, която един специалист сам трудно би постигнал. Това води до по-устойчиви резултати и по-голяма функционална независимост на детето в комуникацията. В допълнение, подкрепата на родителите адресира и емоционалните и психологически аспекти – теорията за self-efficacy (усещане за собствена ефективност) предполага, че когато родителите се чувстват уверени и компетентни в подпомагането на детето си, стресът им намалява и взаимодействията в семейството се подобряват (Lowry 2022).

Съвременни изследвания показват, че ролята на родителите на деца с нарушения в развитието в терапевтичния процес е от изключителна важност (Матанова, Тодорова 2013). Теоретичните основи на работата с родители на деца с нарушения в комуникацията се опират на разбирането, че семейството е най-естественият терапевтичен контекст. Чрез овластяване на родителите и изграждане на техния капацитет, интервенциите стават част от ежедневието на детето, което води до по-добри комуникативни умения и цялостно развитие.

Глобалната научна литература от последните години предоставя убедителни доказателства в подкрепа на ефективността на

Включването на родители в интервенциите при комуникативни нарушения. Метаанализи и систематични прегледи на изследванията показват, че интервенциите, реализирани от родители (с подкрепата и обучението от специалисти), водят до съществени подобрения в комуникативните умения на децата. Например обобщение на 18 проучвания установява, че когато родителите усвоят стратегии за стимулиране на езика и комуникацията, децата подобряват езиковите си умения и общуват по-често; всъщност, напредъкът при децата е съизмерим с този при директна работа с логопед, а в някои аспекти (разбиране и граматика) дори се отчита по-голямо подобрение при родителската интервенция (Heidlage et al. 2020). Тези резултати опровергават опасенията от миналото, че само висококвалифициран терапевт може да постигне напредък – оказва се, че с правилно обучение, родителите са способни да бъдат ефективни фасилитатори на комуникацията на собствените си деца. Наред с комуникативните постижения на децата изследванията отчитат и положителни ефекти върху самите родители. Родителите, включени активно в терапевтичния процес, докладват повишено чувство на компетентност и намалени нива на стрес (De Venev 2017).

Това показва, че семейно-центрираните практики имат универсална приложимост, като методологията може да се адаптира към специфичните нужди на детето и семейството. Глобалният опит включва и разработването на конкретни програми за обучение на родители, които се прилагат в много страни. Една от най-известните е канадската програма “It Takes Two to Talk” на Hanen Centre, насочена към родители на деца със забавено езиково развитие. Тази програма, както и други подобни (напр. “More Than Words” за деца с аутизъм), обучава родителите чрез групови сесии и индивидуални консултации да използват т.нар. натуралистични стратегии в общуването – следване на интереса на детето, отговаряне на всички комуникативни опити, моделиране на езика на нивото на детето и др. Проучванията демонстрират ефективността на подобни програми, като отчитат подобрение в речниковия запас, дължината на изреченията и социално-комуникативните умения на децата след участието на родителите в обучение (Heidlage et al. 2020).

Метаанализ от 2020 г. на 25 проучвания потвърждава, че различни активности – било споделено разглеждане на книжки или игра в ежедневието – дават сходно положителен ефект, когато родителите прилагат научените стратегии за обогатяване на езика; резултатът е увеличаване на изразителния речник и подобряване на цялостните езикови умения на децата (ibid.).

Съществуват групови и индивидуални обучителни програми, като форматът на сесията е обикновено индивидуален: родител–дете. При индивидуалния подход се обръща повече внимание на специфичните нужди на конкретното дете, улесняват се обратната връзка и генерализацията на усвоените умения, защото подборът на мястото за сесия зависи в голяма степен от родителя (Prata et al. 2018). Груповите обучителни програми и особено комбинираните (групов-индивидуален подход) са формати, които достигат повече семейства по ред причини (финанси, достъпност и т.н.), и са полезни за тях при справяне с нежелано поведение, подобряване на дисфункционален родителски подход, както и умения на родителя да подобри комуникативните способности на детето си и да увеличи речниковия му запас (Ingersoll, Dvortcsak 2010). С напредъка на технологиите използването на онлайн програми също се утвърждава като обещаващ подход.

Проучвания в областта в последните години показват, че обучителните програми за родители имат позитивен ефект върху децата със затруднения и техните семейства (Prata et al. 2018). Обучението на родителите повишава познаването на функционирането на отделното дете, позволява терапевтични интервенции в собствената среда на детето и улеснява генерализацията на вече усвоените умения (McCartney et al. 2011). Освен това според редица изследователи подобно обучение подобрява социалното поведение и уменията за комуникация, както и намалява стреса и увеличава увереността и качеството на живот на децата и родителите (Karst, Van Hecke 2012; Matson et al. 2009). По данни от публикация на Brookman-Frazee et al. (2006), която сравнява програми с активното участие на родителите, всички програми, в които родителите играят активна роля, са с позитивен ефект за самите тях и за децата им.

Наред с езиковите интервенции родителските обучения се прилагат и при комуникативни затруднения, свързани с разстройства от аутистичния спектър. Parent-mediated подходите при аутизъм (напр. модели за насърчаване на социалната комуникация) показват подобрения в инициативата за комуникация, взаимодействието и жестовете на децата, когато родителите са обучени да използват специфични техники. Един пример е изследването РАСТ (Preschool Autism Communication Trial) във Великобритания, при което медираната от родителите терапия води до трайно подобрение в комуникацията и социалното взаимодействие на децата с аутизъм години след интервенцията (Roberts et al. 2017). В България една такава интервенция е „Програма за индиректна интервенция за развитие на езикови и комуникативни умения при деца с разстройства от аутистичния спектър“, разработена от екип на Нов български университет (Kamenski et al. 2025).

Структурираните програми за подкрепа и обучение на родители на деца със забавяне в развитието в България едва напоследък набират популярност. Една от тях е „Да пораснем заедно ПЛЮС“ и е предназначена за родители на деца с увреждания и/или забавяне в развитието. Авторите са Б. Старц, Н. Печник и колектив. Програмата стартира с подкрепата на УНИЦЕФ в Хърватия през 2013 г. „Да пораснем заедно ПЛЮС“ е пилотирана в България през 2018 г.

Работилниците „Да пораснем заедно ПЛЮС“ предлагат знания за родителството, за развитието на децата, за техните потребности, за отношенията и комуникацията, като предоставят възможност за взаимна подкрепа, стимулиращо и окуражаващо обкръжение и партньорски обмен между родители и водещи. Тази програма посредством специализираните знания на водещите на работилниците разкрива и развива преди всичко силните страни, познания и капацитет на самите родители. Като ги споделят с другите участници в работилниците, те дават ценен принос в съвместното учене и развитие. „Да пораснем заедно ПЛЮС“ се състои от 11 работилници, които засягат важни аспекти на родителството и в частност това на децата с нарушения. Ето и темите:

1. Всяко дете е специално, Всеки родител е специален;

2. Между очакванията и приспособяването;
3. Четирите стълба на родителството;
4. Психологически потребности на детето и родителски цели;
5. Нашите деца и как да ги обичаме;
6. Слушането – важно умение на родителството;
7. Как детето научава за света около себе си?
8. Поставяне на граници – защо и как?
9. Родителски отговорности;
10. Да бъдеш родител – влияния и избори;
11. Край и ново начало.

Един друг тип програма за родители на деца със забавяне и затруднения в развитието и разстройства от аутистичния спектър (РАС) бе адаптирана за ползване в България с подкрепата на Уницеф през 2021 г. и премина през предпилотно и пилотно тестване, а именно Caregiver Skills Training (CST) – Програма на СЗО за обучение на родители и други лица, полагащи грижи за деца със затруднения и забавяне в развитието. Тук фокусът е поставен върху формирането на умения у родителите в редица фундаментални области в ежедневно функциониране на специалните деца като ангажирането им в дейности, игра, комуникация, изготвяне на визуални разписания, справяне с неприемливо поведение, както и грижа за себе си. Програмата се основава на принципите на приложения поведенчески анализ (ППА) и включва интервенционни модели като Pivotal Response Treatment (PRT) и Discrete Trial Training (DTT), както и други утвърдени поведенчески стратегии.

Макар и различните програми да варират в методите си, общото между тях е, че опират на принципите на партньорство с родителя, обучението чрез практически упражнения и прилагането на научно обосновани техники в ежедневиия живот на семейството. В обобщение, глобалният опит категорично подкрепя работата с родители като ключов компонент в интервенциите при деца с комуникативни нарушения. Доказано е, че този подход не само подобрява езиково-говорните умения на децата, но и укрепва увереността и

капацитета на семействата да подпомагат развитието на своите деца. Следващата стъпка е да разгледаме как тези принципи се прилагат в България – както на ниво практики, така и като част от официалните политики.

Българската система за подкрепа на деца с комуникативни нарушения се развива динамично през последните години, като все повече се интегрират световните тенденции за семейно участие и приобщаващо образование. В нормативен план ключов момент е приемането на нов Закон за предучилищното и училищното образование (ЗПУО) през 2016 г., който въвежда концепцията за приобщаващо образование. Съгласно този закон и последвалите наредби, родителите са признати като важна част от екипа за подкрепа на детето със специални образователни потребности. Ролята на родителите е официално регламентирана – те участват в оценката на индивидуалните потребности, подават заявление за оценка и подкрепа, включват се в изготвянето на плана за подкрепа и в разработването на индивидуалните образователни програми. Без изричното съгласие и участие на родителя не може да започне предоставянето на специална подкрепа за детето в системата на образованието. Това законодателно изискване гарантира, че гласът на семейството се чува и че интервенциите са съобразени с вижданията и очакванията на родителите. На практическо ниво приобщаващото образование в България се реализира чрез екипи за подкрепа за личностно развитие във всяко училище и детска градина, в които участват ресурсни учители, логопеди, психолози, както и родителят на детето (ЗПУО 2016).

За по-малките деца, които не са обхванати от образователната система (0–3 години), през последните години се развиват услуги за ранна интервенция в общността. В много общини са създадени центрове за ранна интервенция, чиято цел е да обслужват деца от 0 до 7 години с риск от изоставане или с установени затруднения. Характерно за тези центрове е, че работят в тясно сътрудничество със семействата и често служат като междусекторна връзка – например децата могат да посещават масова детска градина, докато

получават допълнителна подкрепа от ресурсни специалисти в центъра (EASNIE 2018).

Значителна роля за въвеждането на семейно-ориентирани модели у нас имат неправителствени организации и проекти, които пилотират иновативни практики. Един от първите и утвърдени примери е дейността на фондация „Карин дом“ – неправителствена организация във Варна, която от години предоставя услуги за деца със специални нужди. „Карин дом“ разработва модел на семейно-медицирана ранна интервенция, който впоследствие служи като добър пример в национален мащаб. В техния Център за семейно-медицирана интервенция се организират малки групи за родители и деца (на възраст 2–6 години) с комуникативни и развитийни затруднения. В тези групи специалистите работят директно с родителите, а не индивидуално с децата – логопеди и психолози обучават семействата в стратегии за развиване на всекидневни умения, стимулиране на комуникацията и подготовка на децата за включване в детска градина. Сесиите се провеждат два пъти седмично по два часа, като паралелно специалистите посещават детските заведения на децата и подпомагат изграждането на приобщаваща среда там. Групите са тематично насочени – например една група обхваща деца с трудности във функционалната комуникация и адаптивните умения, друга – деца от аутистичния спектър, трета – деца с комплексни нужди. Ефективността на този модел е подкрепена и с емпирични данни. В проучване, проведено от екипа на „Карин дом“ през 2019 г. с 40 деца и техните семейства, се изследва влиянието на семейно-медицираната интервенция върху развитието на децата и родителския капацитет. Резултатите показват значителен напредък при 2–3-годишните деца след участие в програмата особено по отношение на социалното функциониране и адаптивните умения. Родителите също отбелязват повишена увереност и умения да разбират и откликват на нуждите на децата си в ежедневието (Йончева 2022).

Този опит демонстрира, че международните принципи за работа с родители могат успешно да се прилагат и в български условия, когато са съобразени с местния контекст и потребности. Още една важна насока в българската практика е разработването на

национална система за ранна детска интервенция с подкрепата на международни организации. През 2023 г. УНИЦЕФ България стартира инициатива „Заедно от самото начало“ (Best Start) в партньорство с правителството, целяща изграждането на устойчива система за ранна интервенция в цялата страна. В рамките на пилотни проекти в няколко общини (напр. Сливен, Нова Загора, Стара Загора и др.) се предоставят безплатни услуги за семейства с деца на възраст от 0 до 5 години с трудности в развитието. Тези услуги включват консултиране, обучение и подкрепа на родителите – специалисти (напр. педагози, логопеди) посещават редовно семействата в дома им и работят пряко с родителите, като им помагат да разберат поведението и нуждите на детето, демонстрират техники за стимулиране на комуникацията в ежедневни дейности и съставят индивидуални планове, съобразени с ежедневието на семейството. Характерно е, че специалистите не заменят родителя, а го напътстват, тъй като именно родителят прекарва 24 часа с детето и го познава най-добре. Този подход отразява на практика философията на семейно-центрираната работа – родителите са главните действащи лица, а специалистите са техни треньори и съюзници. На национално ниво се очаква опитът от тези пилотни програми да залегне в бъдещата държавна политика. Визията е всяко семейство с малко дете със затруднения или в риск да има достъп до навременна информация за развитието на детето и координирана подкрепа от различни системи (здравеопазване, образование, социална защита). Това е заложено като стратегическа цел – изграждане на цялостна система за ранна детска интервенция, интегрирана с услугите по майчино и детско здраве, която да обхваща деца от най-ранна възраст, много преди да влязат в детската градина. Така България се стреми да навакса изоставането в ранното откриване и интервенция – статистика на УНИЦЕФ показва, че за близо 1/3 от децата у нас затрудненията в развитието се установяват късно (след 3-годишна възраст), а част от родителите, които сигнализират проблеми, получават съвет да „изчакаат“. С въвеждането на систематичен скрининг и активно подпомагане на семействата отрано тези тенденции могат да се преодолеят. В обобщение, българската перспектива в работата с

родители на деца с комуникативни нарушения се характеризира с бързо развитие и стремеж към приобщаване на семейството като партньор. Въпреки предизвикателствата – като недостиг на достатъчно специалисти в някои региони или нуждата от допълнително обучение на кадрите за работа с родители – тенденцията е семейството да заема централно място в интервенциите при деца с комуникативни нарушения в България (УНИЦЕФ 2023).

Практически насоки за работа с родители

На основата на изложените теоретични принципи, изследователски доказателства и политики могат да се формулират и някои практически насоки и модели за ефективна работа с родители:

Обучение на родители: Специалистите следва да възприемат ролята на обучители, които постепенно изграждат уменията на родителите. Това включва демонстрации на стратегии, съвместни упражнения с детето и родителя, даване на обратна връзка. Например логопедът може да покаже как да се използва пауза и зрителен контакт, за да се насърчи детето да инициира комуникация, а след това родителят да практикува същото под наблюдение. Изследванията подчертават значението на регулярната обратна връзка – родителите усвояват най-добре новите умения, когато имат възможност да ги пробват на практика и да обсъдят трудностите със специалиста.

Натуралистичен подход и рутини: Интервенциите са най-ефективни, когато се впишат в ежедневните рутини на семейството. Вместо родителят да отделя отделно „терапевтично време“, по-добре е да се използват моментите, които естествено се случват – хранене, игра, разходка, къпане – и те да се превърнат във възможности за комуникация. Родителите могат да бъдат обучени как да следват интереса на детето, да коментират това, което то прави, да му дават избор и време за реакция. Тази стратегия, известна като учене в естествена среда, показва значими резултати по отношение на езиковото развитие. Когато родителят реагира на всеки опит за общуване – било жест, звук или дума – детето получава подсилване и мотивация да комуникира повече.

Индивидуализиран план за всяко семейство: Както се вижда от програмите в България, изготвянето на индивидуален план, съобразен с нуждите не само на детето, но и на семейството, е ключово. Това означава да се отчита специфичната семейна динамика, културните особености, ежедневиеният график на семейството и предпочитанията на родителите. Например, ако семейството има ограничено свободно време, специалистът може да помогне да се внедрят кратки комуникативни игри по време на вечерята или пътуването с кола, вместо да очаква от родителя продължителни упражнения. Индивидуализирането повишава ангажираността на родителите, тъй като те виждат, че планът е практичен и изпълним за тяхната ситуация.

Групова подкрепа и обмен между родители: Много програми (като споменатите групи в Карин дом) залагат на груповата форма на работа, която позволява на родителите да се срещнат с други семейства в подобна ситуация. Груповата динамика предоставя емоционална подкрепа и споделяне на опит – родителите се учат не само от специалиста, но и един от друг. Те виждат, че не са сами в предизвикателствата, и обменят практични съвети. Това намалява чувството за изолация и стигма, което понякога съпътства отглеждането на дете с нарушение. Освен това децата в груповите сесии получават шанс да комуникират и играят с други деца, което допълнително стимулира социалните им умения

Непрекъснатост и междусекторност: Практиката показва, че най-добри резултати има, когато подкрепата към семейството е непрекъсната и координирана между различните услуги. Това означава изграждане на връзка между ранната интервенция, здравната система (педиатри, специалисти), образователната система (детски градини, училища) и социалните служби. Например, ако едно дете посещава логопедичен център и паралелно е в масова градина, добре е логопедът и учителите да комуникират и да синхронизират подходите си, а родителят да бъде посредник и активен участник в този процес. Българският модел за екип за подкрепа на личностното развитие се стреми към такава междудисциплинарна координация, включвайки родителя като равноправен член на екипа.

Следването на тези практически насоки може да подпомогне специалистите, работещи с деца с комуникативни нарушения, да изградят ефективни партньорства с родителите. Крайната цел е успешна комуникация и пълноценна реализация на детето – нещо, което изисква съвместните усилия на терапевти, учители, политици, но най-вече на семейството. Както гласи популярният принцип в ранната интервенция: „Родителите са първите и най-важни учители на своите деца.“ Подкрепяйки ги със знания, умения и увереност, ние инвестираме в бъдещето на децата с комуникативни нарушения.

Работата с родители на деца с комуникативни нарушения се утвърди като неотменна част от съвременните интервенционни стратегии. Теоретичните основи подчертават значението на семейния контекст и активното участие на родителите в процеса на обучение на детето да общува. Емпиричните доказателства от последното десетилетие, събрани в множество изследвания по света, убедително показват, че когато родителите са надлежно обучени и подкрепени, децата демонстрират съществени подобрения в езиковите и социално-комуникативните умения. Освен това семейно-центрираните подходи имат добавена стойност – те укрепват връзката родител-дете, намаляват стреса в семейството и насърчават позитивни промени в домашната среда.

От гледна точка на политиките и програмите, глобалната тенденция е все повече инициативи да се фокусират върху ранната намеса и семейната подкрепа. Международни организации като УНИЦЕФ и СЗО препоръчват интегрирани системи, които започват с ранното идентифициране на риска и продължават с цялостна помощ за детето и семейството. България, макар и по-късно, пое по този път – законодателството за приобщаващо образование постави родителя в центъра на екипа за подкрепа, а новите програми за ранна интервенция демонстрират на практика как специалистите могат да работят ефективно чрез родителите, а не вместо тях.

Моделът на „Карин дом“ и пилотните общини с подкрепата на УНИЦЕФ са ярки примери за успешна адаптация на световния опит към българските условия и вероятно ще изграят роля на катализатор за по-широко внедряване на тези практики. Разбира се, остават и

предизвикателства. Необходими са продължаващи обучения за специалистите, за да придобият умения за консултиране и обучение на родители. Също така е нужно да се осигури устойчивост на финансирането за услугите по ранна интервенция и семейна подкрепа – чрез държавни политики и бюджети, които да надградят върху постигнатото от проектите. Не на последно място, културната промяна изисква време: някои родители може първоначално да са несигурни или резервирани към идеята, че те са главните действащи лица в терапията на своето дете. Затова изграждането на доверие, ясно комуникираните ползи и малките стъпки на успех имат ключова роля за ангажираността на семействата. В заключение работата с родители на деца с комуникативни нарушения представлява синергия между наука, практика и политика. Тя е пример как един холистичен подход – поставящ детето в центъра, но обградено от подкрепящото го семейство и общност – води до най-добри резултати. В контекста на едно включващо общество, в което всяко дете има право на глас и общуване, инвестицията в родителите като партньори е инвестиция в бъдещето. Продължаващите изследвания, обменът на опит между държавите и усъвършенстването на програмите ще спомогнат тази област да се развива и занапред, за да могат повече деца с комуникативни нарушения и техните семейства да разгърнат пълния си потенциал.

Източници:

- Йончева, Н., 2022. Семейно-медираната ранна интервенция – естествен комуникативен модел, подкрепящ взаимодействието дете – родител в ранното детство. *Специална педагогика и логопедия*, 5(1), 45–56.
- Матанова, В., Тодорова, Е., 2013. *Ръководство за прилагане на методика за оценка на образователните потребности на децата и учениците*. София: Институт за психично здраве и развитие.
- УНИЦЕФ България, 2023. *Да дадем най-добър старт на всяко дете*. Достъпно на: <https://www.unicef.org/bulgaria/>
- Alvares, R. L., 2000. Families and Developmental Care in Early Intervention. *Perspectives on Language Learning and Education*, 7(1), 35–39.

- Brookman-Frazee, L., Vismara, L., Drahota, A., Stahmer, A., Openden, D., 2009. Parent training interventions for children with autism spectrum disorders. In J. L. Matson (ed.), *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders*. New York, NY: Springer, 237–257.
- DeVeney, S. L., Hagaman, J. L. Bjornsen, A. L., 2017. Parent-implemented versus clinician-directed interventions for late-talking toddlers: A systematic review of the literature. *Communication Disorders Quarterly*, 39(1), 293–302.
- European Agency for Special Needs and Inclusive Education (EASNIE), 2018. *Inclusive Education: The Way Forward – National Report Bulgaria*. Brussels: EASPD.
- Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R., Roberts, M. Y., 2020. The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 6–23.
- Ingersoll, B., Dvortcsak, A., 2010. *Teaching social communication to children with autism: A manual for parents*. Vol. 2. Guilford Press.
- Kamenski, T., Stankova, M., Palejev, D., 2025. A parent-mediated intervention to enhance levels of functioning of children with autism spectrum disorder. *Cogent Education*, 12(1) 2497145.
- Karst, J. S., Van Hecke, A. V., 2012. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical child and family psychology review*, 15, 247–277.
- Klatte, I. S., Lyons, R., Davies, K., Harding, S., Marshall, J., McKean, C., Roulstone, S., 2020. Collaboration between parents and SLTs produces optimal outcomes for children attending speech and language therapy: Gathering the evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(4), 618–628.
- Lowry, L., 2022. When a child has a language delay, research shows that parents can make a big difference! *The Hanen Centre* [online], [viewed 10 May 2025]. Available from: <https://www.hanen.org/information-tips/when-a-child-has-a-language-delay>
- Matić, A., Kuvač Kraljević, J., Kologranić Belić, L., Olujić Tomazin, M., 2018. Group-based direct and indirect approaches to language therapy for children with developmental language disorders: a pre-experimental study. *Klinička psihologija*, 11(1–2), 21–39.
- Matson, M. L., Mahan, S., Matson, J. L. (2009). Parent training: A review of methods for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 868–875.
- McCartney, E., Boyle, J., Ellis, S., Bannatyne, S., Turnbull, M., 2011. Indirect language therapy for children with persistent language impairment in mainstream primary

- schools: outcomes from a cohort intervention. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46, 1, 74–82.
- Oono, I. P., Honey, E. J., McConachie, H., 2013. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(6), 2380–2479.
- Prata, J., Lawson, W., Coelho, R., 2018. Parent training for parents of children on the autism spectrum: a review. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 5(3), 1–8.
- Rannard, A., Lyons, C., Glenn, S., 2005. Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. *British journal of general practice*, 55(518), 710–714.153.
- Roberts, M. Y., Kaiser, A. P., 2015. Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial of parent-implemented language intervention. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58(3), 587–600.
- Roberts, M. Y., Curtis, P. R., Sone, B. J., et al., 2019. Association of Parent Training With Child Language Development: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(7), 671–680.
- UNICEF Bulgaria. *Bulgaria Country Office Annual Report 2019* [online], [viewed April 07, 2025]. Available from: <https://www.unicef.org/bulgaria>.
- Webb, S. J., Jones, E. J., Kelly, J., Dawson, G., 2014. The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders. *International journal of speech-language pathology*, 16(1), 36–42.

Превенция на комуникативни нарушения чрез телепрактики

Полина Михова

Въведение

Секторът на здравеопазването се намира в период на ускорена трансформация, която изисква постоянни иновации и адаптация към новите реалности. Нарастващото разпространение на хронични заболявания, демографските промени и технологичният напредък оказват значително въздействие върху ескалиращите разходи и очакванията към системите за здравни грижи. В същото време пациентите все по-осъзнато участват в управлението на собственото си здраве и всички заинтересовани страни – от доставчици до платци – настояват за повече стойност и прозрачност на предоставяните услуги.

Според наскоро публикувани обобщени данни на Световната здравна организация (СЗО) приблизително 1,3 млрд. души по света, или около 16% от населението, живеят с някаква форма на увреждане или нарушение (WHO 2023). Този дял значително надхвърля по-ранните глобални оценки, които извеждат, че са около 10% (WHO 2011). Подобрените средства, методи и технологии за събиране на данни, застаряването на населението и нарастването на хроничните заболявания се сочат като някои от основните фактори, допринасящи за наблюдаваното увеличение на хората с увреждания през последните десетилетия, поради което нараства търсенето на здравни

и рехабилитационни услуги. В същото време последните прогнози предвиждат значителен недостиг и неравномерно разпределение на квалифицирани кадри – например логопеди и други специалисти по рехабилитация – които да предоставят постоянни и навременни грижи за тази група от населението (Farmani, Gharamaleki, Nazari 2024). Това несъответствие между нарастващите нужди и ограничените ресурси налага въвеждането на иновативни подходи при предоставянето на медицински, рехабилитационни и логопедични услуги. Опирайки се на развитието на цифровите технологии, телемедицината и в частност телепрактиката, които особено в последните пет години се налагат на съвременния пазар на услуги, се очертават като обещаващи решения за преодоляване на тези предизвикателства (Farmani, Gharamaleki, Nazari 2024).

Основни параметри на телепрактиката

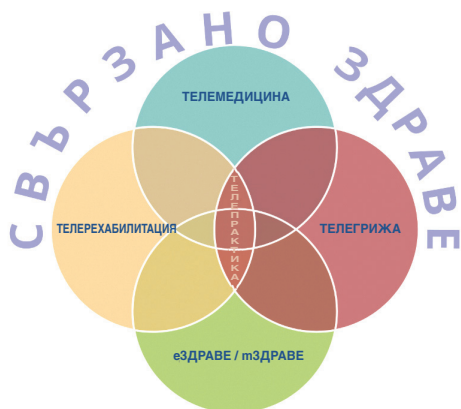
Телепрактиката се утвърждава като ключов елемент в изграждането на по-гъвкави, достъпни и ориентирани към пациента модели на здравна грижа.

Водени от необходимостта да съгласуват икономическите, медицинските и технологичните аспекти с личните ценности и благополучие на пациентите, здравните организации преминават към нови бизнес модели. Телепрактиката предлага решения за преодоляване на териториални и логистични бариери, като същевременно подобрява ефективността, ангажираността и контрола върху терапевтичния процес.

В условията на натиск за предоставяне на по-качествени грижи в по-бързи срокове с ограничени ресурси телепрактиката се превръща в стратегически инструмент за повишаване на ефективността, гъвкавостта и устойчивостта на здравните организации. Тя е в основата на прехода от институционално-центриран модел към пациент-ориентирана и дигитално трансформирана здравна система.

За да бъде пълноценно разбрана и приложена, тя следва да бъде разглеждана във взаимовръзка с други ключови понятия от съвременното дигитално здравеопазване – като телемедицина, телере-

хабилитация, е-здравеопазване, мобилно здраве и свързано здраве, за които представяме кратки дефиниции:



Фиг. 1

Терминология на телепрактиката

- **Телемедицина** е използването на телекомуникационни и информационни технологии за предоставяне на клинични здравни услуги от разстояние. Тя се прилага за преодоляване на географски бариери и за подобряване на достъпа до медицински услуги, които често не са достъпни на постоянна основа в отдалечени селски райони. Телемедицината е резултат от напредъка на телекомуникациите и информационните технологии през XXI век (Stankova, Mihova 2019).
- **е-Здравеопазване (eHealth)** е сравнително нова практика в здравеопазването, подкрепена от електронни процеси и комуникация, датираща от поне 1999 г. То включва също и здравни приложения и връзки чрез мобилни телефони, известни като **м-здравеопазване (mHealth)**. Това приложение свързва мобилни устройства и е довело до развитието на специализирани изследвания за създаване на по-безопасни eHealth решения, устойчиви на проблеми, свързани с киберсигурността. Усилията за подобряване на тази практика продължават.
- **Свързано здраве (Connected health)** е социално-технически модел за управление и предоставяне на здравни услуги чрез използване

на технологии за дистанционно обслужване. Свързаното здравеопазване, познато също като **технологично подпомагани грижи (ТЕС)**, цели да оптимизира ресурсите в здравната система и да предостави повече по-гъвкави възможности за ангажиране на пациентите с клиницистите и за по-добро самоуправление на собственото здраве.

- **Телерехабилитация (или е-рехабилитация)** представлява предоставяне на рехабилитационни услуги чрез телекомуникационни мрежи и интернет. Повечето услуги попадат в две основни категории: **клинична оценка** (оценка на функционалните способности на пациента в собствената му среда) и **клинична терапия**. Професии, прилагащи телерехабилитация, включват: невропсихология, логопедия, аудиология, ерготерапия и кинезитерапия.
- **Телегрижи (Telecare)** е термин, обозначаващ дистанционни грижи за възрастни хора и лица с физически ограничения, предоставящи подкрепа и сигурност, които позволяват на тези лица да останат да живеят в домовете си. Използването на сензори може да бъде част от пакет за подкрепа на хора с деменция или такива с повишен риск от падания.

Технологична инфраструктура

Според American Speech-Language-Hearing Association (ASHA *n.d.*) телепрактиката представлява използване на телекомуникационни технологии за предоставяне на професионални логопедични и аудиологични услуги от разстояние чрез свързване на клиницист с пациент или с друг клиницист за целите на оценката, терапевтичната интервенция и/или консултацията. Този технологизиран модел на работа позволява на специалистите логопеди ефективно да достигат до пациенти в отдалечени или недостатъчно обслужвани райони, преодолявайки географските бариери и ограниченията, свързани с липсата на местни специалисти (ASHA *n.d.*). В допълнение, телепрактиката може да се използва и за превенция на комуникативни нарушения чрез навременни дистанционни консултации, скрининг и ранни интервенции (Grillo 2019). ASHA счита телепрактиката за

ефективен модел за предоставяне на услуги, при условие че качеството на дистанционното обслужване е равностойно на това при присъствената терапия (ASHA *n.d.*).

Освен за осигуряване на ефективна възможност за първоначална консултация с пациента или неговото семейство, особено при необходимост от изграждане на комуникационна или терапевтична стратегия, телепрактиката е подходяща и за наблюдение на динамиката в социалната комуникация на пациента. В редица случаи телепрактиката служи като продължение на терапия, започната в клинична или амбулаторна среда, когато директният контакт е временно невъзможен. Подобни обстоятелства могат да включват удължено отсъствие, различно местожителство между пациента и терапевта, здравословни ограничения или липса на достъп до транспорт (Kruse et al. 2017).

Телепрактиката се препоръчва в следните ситуации:

- ✓ когато в района на пациента няма необходим специалист;
- ✓ при необходимост от спешна консултация с пациенти в болнични условия;
- ✓ в случаи на ограничен достъп до пациента поради обективни пречки;
- ✓ когато естеството на консултацията не изисква физически контакт или инструментално изследване.

За да бъде ефективна, телепрактиката се нуждае от стабилна цифрова инфраструктура, която осигурява сигурност, техническа надеждност и високо качество на връзката. В зависимост от използваните комуникационни средства, телездравните услуги могат да се класифицират в следните категории:

- Видеоконферентна връзка – специализирани, представени на Таблица 1, и неспециализирани платформи за синхронна комуникация в реално време, като Microsoft Teams, Zoom, Google Meet, WhatsApp и др.;
- Трансфер на изображения – обмен на снимков материал с диагностична или терапевтична цел;

- Пренос на данни – обмен на текстова или числова информация, например медицински данни, тренировъчни протоколи и образователни ресурси чрез електронна поща или специализирани системи.

За по-добро разбиране и сравнение на възможностите за провеждане на телеконсултации нека разгледаме основните платформи, използвани в практиката:

Таблица 1.

Сравнителен анализ на платформи за телеконсултации

ПЛАТФОРМА	ОСНОВНА УПОТРЕБА	СЪВМЕСТИМОСТ С НІРАА	ДОПЪЛНИТЕЛНИ ФУНКЦИИ	ПОДХОДЯЩА ЗА ЛОГОПЕДИ
DOXY.ME	ОБЩА ТЕЛЕМЕДИЦИНА. ИНДИВИДУАЛНИ СЕСИИ	ДА	ЧАКАЛНЯ. ВИДЕО. СПОДЕЛЯНЕ НА ФАЙЛОВЕ	✓
VSEE	ТЕЛЕМЕДИЦИНА + ТЕЛЕМОНИТОРИНГ	ДА	ИНТЕГРАЦИИ С МЕДИЦИНСКИ УСТРОЙСТВА	✓
THERAPLATFORM	ЛОГОПЕДИЯ. ПСИХОЛОГИЯ, РЕХАБИЛИТАЦИЯ	ДА	ИНТЕРАКТИВНИ ИГРИ. ГРАФИК. БЕЛЕЖКИ	✓ ✓ ✓
ZOOM FOR HEALTHCARE	ТЕЛЕМЕДИЦИНА В ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ	ДА	ИНТЕГРАЦИЯ СЕНР. КРИПТИРАНА ВРЪЗКА	✓
AMWELL	ПЛАТФОРМА ЗА ПЪРВИЧНА ПОМОЩ И КОНСУЛТАЦИИ	ДА	ВРЪЗКА С ФАРМАЦИЯ И ЛАБОРАТОРИИ	✓
TELADOC HEALTH	ГЛОБАЛНИ ТЕЛЕЗДРАВНИ УСЛУГИ	ДА	МОБИЛНО ПРИЛОЖЕНИЕ. ХРОНИЧЕН МОНИТОРИНГ	✓

След като очертахме основите и технологичната рамка на телепрактиката, в следващата част ще се фокусираме върху нейния потенциал за превенция на комуникативни нарушения – особено в ранна възраст.

Превенция на комуникативни нарушения чрез телепрактика

Първичната превенция включва проактивни действия, насочени към предотвратяване на появата на комуникативни нарушения. Това обхваща образователни програми за родители и преподаватели, скринингови стратегии, както и насърчаване на здравословна комуникационна среда. Телепрактиката е подходящ инструмент за прилагане на подобни интервенции дистанционно и ефективно.

Научни изследвания показват, че телепрактиката подпомага както първичната, така и вторичната превенция на комуникативни нарушения. Първичната превенция цели ограничаване на рисковите фактори преди появата на симптоми, докато вторичната се фокусира върху ранно откриване и интервенция.

Voisvert et al. (2010) подчертават, че телепрактиката осигурява достъпна превантивна грижа, която помага да се преодолеят пропуските в ранната интервенция, особено при семейства с ограничен досег до присъствени услуги.

Навременното идентифициране на деца в риск е ключов елемент на първичната превенция. Телепрактиката дава възможност за дистанционен скрининг и оценка. Систематичен преглед на Molini-Avejonas et al. (2015) отчита, че методите, прилагани в телепрактиката, са ефективни за провеждане на скрининг в областта на терапията на езикови, речеви и говорни нарушения.

Превенцията не е само въпрос на ранна диагностика – тя включва и активно партньорство със семейството. Следователно телепрактиката намира силно приложение и в контекста на сътрудничество с родителите като ключови участници в процеса на подкрепа.

Работа с деца с комуникативни нарушения и техните родители чрез телепрактики

Превенцията на комуникативни нарушения в ранна детска възраст е стратегически приоритет за логопедичната практика. Своевременното идентифициране на рискови фактори и прилага-

нето на ранни интервенции играят ключова роля за подобряване на дългосрочните езикови и комуникативни умения при децата (Kaiser, Roberts 2011; Ebbels et al. 2019). В този контекст телепрактиката предлага ефективен и достъпен модел за предоставяне на скрининг, наблюдение и обучение от разстояние, особено в отдалечени или недостатъчно обслужвани райони.

Редица проучвания потвърждават, че телепрактиката може успешно да се прилага не само в терапевтичния процес, но и в превантивен аспект. Meadan и Daczewitz (2015) демонстрират, че интернет базираното обучение на родители на деца с увреждания повишава родителската ангажираност и създава условия за богата комуникационна среда у дома – ключов фактор за превенция. По сходен начин Rickard et al. (2016), както и Yang et al. (2021) подчертават значението на дистанционния коучинг за родители като средство за подобряване на взаимодействието родител–дете и насърчаване на езиковото развитие още в ранна възраст.

Систематичният преглед на Molini-Avejonas et al. (2015) обобщава, че телездравните подходи, включително телепрактиката, са ефективни при провеждане на скрининг и ранна диагностика в областта на речта, езика и слуха. Това открива възможности за изграждане на устойчива инфраструктура за ранно разпознаване на комуникативни рискове дори в условия на ограничен физически достъп до специалисти.

Специално внимание заслужават моделите на работа, ориентирани към семейството, при които логопедичните специалисти обучават и подкрепят родителите чрез видеовръзка и дигитални ресурси. Този подход не само намалява нуждата от чести пътувания, но и улеснява генерализацията на уменията в реална домашна среда (Nicholas, Geers 2006; May-Mederake 2012). В допълнение, Farmani et al. (2024) подчертават, че опитът от пандемията е ускорил развитието на телепрактиката, утвърждавайки я като приемлива и ефективна форма на комуникационна интервенция.

Телепрактиката има потенциал да допринесе за първичната и вторичната превенция на комуникативни нарушения при деца. Чрез

осигуряване на навременен скрининг, дистанционни консултации и възможност за активно участие на семейството, тя може да подкрепи ранното езиково развитие. Въпреки това са необходими допълнителни изследвания и емпирични доказателства, за да се направят категорични изводи относно ефективността ѝ в дългосрочен план.

През последното десетилетие, а особено в периода след пандемията от COVID-19, се натрупаха значителни емпирични данни в подкрепа на телепрактиката като ефективен модел за предоставяне на логопедични услуги. Затварянето на терапевтични и образователни институции в световен мащаб ускори внедряването на дистанционни форми на работа и създаде условия за интензивно тестване на телепрактиката в реална среда. Това доведе до безпрецедентен обем от наблюдения, проучвания и сравнителни анализи между дистанционна и присъствена терапия.

Редица изследвания отчитат, че телепрактиката е не по-малко ефективна от традиционната терапия при деца с комуникативни нарушения, включително фонологични разстройства, нарушения в езиковото развитие и проблеми с флуентността. Grogan-Johnson et al. (2013) например демонстрират, че резултатите от дистанционно предоставената терапия не се различават статистически от тези при работа лице в лице. Това потвърждава потенциала на телепрактиката да бъде надежден и устойчив терапевтичен модел особено в условия на ограничен достъп до специалисти.

Паралелно с работата с децата телепрактиката създава нови възможности за активно включване на родителите в терапевтичния процес. Онлайн форматът позволява провеждане на родителски коучинг, обучения и консултации, които подпомагат създаването на стимулираща езикова среда у дома. Изследванията на Rickard et al. (2016) и на Meadan и Daczewitz (2015) категорично показват, че участието на семейството чрез телепрактика не само засилва ефективността на интервенциите, но и допринася за дългосрочна генерализация на усвоените комуникативни умения в естествена среда.

Натрупаният опит през последните години подчертава нуждата от стратегически анализ на предимствата, ограниченията и

потенциала на телепрактиката в логопедичната практика. Следващата таблица представя SWOT анализ, който обобщава ключовите аспекти на този модел в контекста на работата с деца и техните семейства. Той служи като основа за вземане на информирани решения относно внедряване, развитие и устойчиво прилагане на телепрактиката в логопедичната терапия.

Таблица 2

SWOT анализ: телепрактика при логопедични нарушения

S – Strengths (Силни страни)	W – Weaknesses (Слаби страни)
<ul style="list-style-type: none"> ● Подобрена достъпност до услуги за отдалечени и слабо обслужвани райони Телепрактиката позволява логопедичните и терапевтични услуги да преодолеят географската изолация, достигайки до пациенти в отдалечени райони, където няма местни специалисти. ● Спестяване на време и разходи за пациенти и специалисти Намаляват се транспортните разходи, времето за пътуване и необходимостта от пропускане на работен или учебен ден. Това от своя страна води до по-добра честота на посещенията. ● Повишено участие на родителите в терапевтичния процес Телепрактиката често се провежда в домашна обстановка, което улеснява включването на родителите като активни партньори в терапията и подпомага генерализацията на уменията в реална среда. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Зависимост от технологии и стабилна интернет връзка Успешното провеждане на телепрактика изисква стабилна интернет връзка, видеоконферентна платформа и подходящи устройства (камери, микрофони). Това може да бъде пречка за някои семейства. ● Ограничени възможности за наблюдение на социалната и учебната среда на детето Тъй като телепрактиката се провежда основно в домашни условия, терапевтите получават ограничена информация за взаимодействието на детето в група, в класната стая или в реални социални ситуации. ● Липса на физически контакт и мануална подкрепа Някои логопедични подходи изискват тактилна стимулация, мануални техники или манипулации, които не могат да бъдат осъществени дистанционно.

S – Strengths (Силни страни)	W – Weaknesses (Слаби страни)
<ul style="list-style-type: none"> ● Гъвкавост и удобство при провеждане на сесиите Дистанционният формат позволява терапията да бъде съобразена с индивидуалния график на семейството и специалистта. Улесненият достъп до услуги от дома често води до по-редовно участие, по-малко пропуснати сесии и по-бърз напредък. ● Сравнима ефективност с традиционната (присъствена) логопедична терапия Множество изследвания доказват, че резултатите от телепрактика при деца със забавено езиково развитие или нарушения на речта са еквивалентни на резултатите от терапия лице в лице. ● Оптимизирана проследимост и документиране на напредъка Телепрактиката улеснява системното документиране на сесиите, напредъка и обратната връзка чрез дигитални средства. Това подпомага не само обективната оценка на терапевтичния процес, но и осигурява постоянен архив, полезен за мултидисциплинарен екип и дългосрочен мониторинг. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Предизвикателства при работа с малки деца и ниска ангажираност При деца до 3–4 години се изисква значително участие от страна на родителя и често детето губи интерес към екрана. Онлайн форматът не винаги успява да задържи за продължително време вниманието. ● Възможен технически стрес и дигитална умора за терапевта Продължителната работа пред екран, непрекъснатата комуникация в дигитална среда и техническите проблеми водят до натрупване на напрежение и умора. ● Етични и правни предизвикателства – защита на личните данни и информирано съгласие Онлайн терапията изисква спазване на изискванията за поверителност (напр. HIPAA в САЩ и GDPR в Европа) и юридически прецизно формулирано информирано съгласие от страна на родителите, което понякога се negliжира. ● Проблеми с мотивация и самостоятелност при ученици в училищна възраст Част от по-големите деца трудно се самоорганизират

S – Strengths (Силни страни)	W – Weaknesses (Слаби страни)
<ul style="list-style-type: none"> ● Повишена удовлетвореност на родителите и клиентите Изследванията показват, че родителите често оценяват високо гъвкавостта, достъпа и включването им в процеса на терапия чрез телепрактика. Това повишава ангажираността и спомага за положителни нагласи към лечението. 	<p>В онлайн среда, особено без физическо присъствие на логопеда. Това намалява ефективността на терапията.</p>
O – Opportunities (Възможности)	T – Threats (Заплахи)
<ul style="list-style-type: none"> ● Разширяване на обхвата на логопедичните услуги Телепрактиката позволява достигане до деца и възрастни, които поради географски, социални или физически ограничения не могат да получават терапия на място. Това включва пациенти в селски райони, мигрантски общности и хора с двигателни затруднения. ● Интеграция на иновативни технологии (AI, мобилни приложения, виртуална реалност) Технологиите като изкуствен интелект, адаптивни игри и приложения за говорни упражнения създават нови възможности за автоматизирана диагностика, персонализирана терапия и проследяване на напредъка. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Регулаторни и лицензионни ограничения Различията в законодателството между държавите, както и липсата на унифицирани международни регулации, затрудняват трансграничното предоставяне на логопедични услуги чрез телепрактика. ● Неравен достъп до технологии Пациенти в слабо икономически развити райони могат да нямат достъп до надежден интернет или подходящи устройства, което ограничава обхвата на телепрактиката. ● Скептицизъм и недоверие от страна на родители и пациенти Някои семейства проявяват съмнение относно ефективността на онлайн терапията

O – Opportunities (Възможности)	T – Threats (Заплахи)
<ul style="list-style-type: none"> ● Обучение и професионално развитие на логопедите Телепрактиката изисква специфични дигитални умения, които дават възможност за развитие на нови компетентности, онлайн сертификации и обучение чрез международни платформи. ● Институционализиране в образователната и здравната система Увеличеният интерес от болници, университети и училцища към интеграцията на телепрактика в рутинната практика създава условия за мащабни програми, финансиране и стандартизация. ● Повишаване на дигиталната култура и очаквания на пациентите Постпандемичният ръст на дигитална грамотност у родителите и специалистите създава устойчива възприемчивост към дистанционните услуги като част от „нормата“ в логопедичната практика. ● Развитие на мултидисциплинарни телемедицински модели Логопедите могат да си партнират с педиатри, психолози и ерготерапевти в общи телемедицински платформи, осигурявайки интегрирана грижа и превенция. 	<p>спрямо традиционната. Това може да доведе до ниска ангажираност или отказ от участие.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Потенциално прегаряне на терапевтите Продължителната работа пред екран, интензивният график и липсата на физическа дистанция между работа и личен живот могат да увеличат риска от професионално изтощение. ● Конкуренция с несертифицирани платформи и приложения Ръстът на безплатни и полупрофесионални онлайн програми може да подкопае доверието в сертифицираните услуги и да доведе до неконтролирана интервенция без сертифициран специалист.

Технологии в подкрепа на телепрактиките

Ефективната превенция чрез телепрактика зависи от правилния избор на технологии – защитени видеоплатформи, мобилни приложения, терапевтични ресурси. Те осигуряват интерактивност, персонализирана обратна връзка и възможност за проследяване на напредъка.

Wales et al. (2017) подчертават важноста на дигиталното равенство и техническата подкрепа за семействата. Съвременните технологии разширяват възможностите за ефективна превенция чрез телепрактика. Приложения, видео платформи и интерактивни ресурси улесняват дистанционната работа със семейства. Прегледът на Tenforde et al. (2017) разглежда ролята на технологичните иновации в телерехабилитацията и тяхната приложимост в превенцията.

В таблицата по-долу са представени четирите основни модела на реализиране на телепрактика, независимо от специалността и профила на приложение. Срещу всеки от тях са представени примерни решения, които могат да се реализират с помощта на телепрактика:

Таблица 3
Модели на телепрактика с примерни приложения в логопедичната практика

Модел на телепрактика	Примерни решения и модели за логопедичната терапия и превенция в режим на телепрактика
Видеоконферентна връзка (synchronous telepractice)	<ul style="list-style-type: none"> – Онлайн сесия между логопед и пациент, живеещ в отдалечен район – Провеждане на диагностично интервю с родител на пациент със съмнение за нарушение
Съхранение и препращане (store-and-forward)	<ul style="list-style-type: none"> – Аудиозаписи, направени от родител, които се изпращат на логопеда за анализ – Видеозаписи на дейности у дома
Дистанционно наблюдение на пациенти (RPM)	<ul style="list-style-type: none"> – Използване на приложения за следене на напредъка при изпълнение на упражнения у дома – Логове за проследяване на честота и продължителност на домашни логопедични активности

Модел на телепрактика	Примерни решения и модели за логопедичната терапия и превенция в режим на телепрактика
Мобилно здравеопазване (mHealth)	<ul style="list-style-type: none"> – Мобилни приложения за логопедични упражнения с обратна връзка от логопед – Качване на дневници с активност от родители, които логопедът преглежда и коментира – Игрови приложения за превенция на комуникативни нарушения при деца в предучилищна възраст

Протокол и информирано съгласие при телепрактика

Етичните и правни аспекти на телепрактиката изискват структурирани протоколи и информирано съгласие от клиента или неговите настойници. Протоколът и информираното съгласие са ключови елементи при провеждането на телепрактика, тъй като гарантират защитата на личните данни и ясното разбиране на правата и отговорностите на пациента.

Надлежащо изготвеният протокол осигурява структурирана, етична и юридически съобразена услуга, като същевременно изгражда доверие между специалиста и клиента. Подписването на информирано съгласие утвърждава доброволното участие и подкрепя прозрачността на терапевтичния процес. ASHA (2022) препоръчва писмено съгласие и спазване на регулациите за защита на личните данни (HIPAA за САЩ, GDPR в Европа, както и ESLA's Code of ethical practice – ESLA Europe 2025).

За да визуализираме прилагането на тези принципи в практиката, предлагаме примерен модел на информирано съгласие, който може да послужи като основа при изготвянето на официален документ, съобразен със спецификата на телепрактиката и приложимите нормативни изисквания.

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА УЧАСТИЕ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКА КОНСУЛТАЦИЯ

1. ИДЕНТИФИКАЦИЯ НА ПАЦИЕНТА

АЗ. _____
(име и фамилия на пациента)
с постоянен адрес: _____
телефон: . e-mail: _____

чрез настоящия документ потвърждавам желанието си за провеждане на телемедицинска консултация с д-р чрез гласово/видео повикване.

2. ИНИЦИИРАНЕ НА КОНСУЛТАЦИЯТА

Декларирам, че желая да проведа тази неспешна телеконсултация по мой личен избор и по своя инициатива.

3. ОГРАНИЧЕНИЯ НА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКАТА КОНСУЛТАЦИЯ

Разбирам, че телеконсултацията не може напълно да замени прегледа лице в лице. Възможни ограничения включват:

- Липса на физически контакт и директно изследване;
- Ограничена визуална информация;
- Невъзможност за извършване на допълнителни диагностични изследвания в реално време;
- Потенциални технически проблеми (ниско качество на връзката, загуба на връзка и др.).

4. ПРАВА НА ПАЦИЕНТА

- Имам право да прекратя телеконсултацията по всяко време, без да посочвам причина;
- Имам право да задам всички въпроси, свързани с диагнозата, препоръките и лечението;
- Имам право на второ мнение от друг медицински специалист;
- имам право на поверителност и защита на личните ми данни.

5. СИГУРНОСТ И ПОВЕРИТЕЛНОСТ НА ДАННИТЕ

Разбирам, че:

- Всички лични данни и медицинска информация ще бъдат обработвани съгласно действащото законодателство за защита на личните данни;
- Лекарят е длъжен да спазва поверително ст и да не разкрива информация без мое съгласие, освен в случаите, предвидени от закона.

6. ЗАПИС НА КОНСУЛТАЦИЯТА

Давам, съгласието си / Не давам съгласието си *(зачеркнете ненужното)* за записване на моята телеконсултация с цел документиране на случая.

7. ПРЕДПИСАНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Разбирам, че:

- Ще получа електронна рецепта, ако лечението изисква предписване на медикаменти;
- При необходимост от физически преглед или допълнителни изследвания ще бъде насочен към съответното лечебно заведение.

8. ФИНАНСОВИ УСЛОВИЯ

Запознат/а съм с финансовите условия на телеконсултацията и съм информиран/а за дължимите разходи.

9. ДЕКЛАРАЦИЯ И ПОДПИС

С подписа си декларирам, че съм прочел/а и разбрал/а съдържанието на този документ, че съм получил/а отговори на всичките си въпроси и доброволно давам съгласието си за участие в тел е консултацията.

Дата: _____

Подпис на пациента: _____

Подпис на лекаря: _____

(име и фамилия на лекаря)

Фиг. 2

Модел на информирано съгласие за провеждане на консултация в режим на телемедицина/телепрактика

Заклучение и препоръки

Телепрактиката се утвърди като жизнеспособно и перспективно направление в съвременната логопедична практика особено в контекста на нарастващите здравни и социални предизвикателства. Данните, натрупани в периода преди, по време и след пандемията от COVID-19, ясно показват, че дистанционното предоставяне на логопедични услуги не само запълва сериозни празнини в достъпа до терапия, но и предлага реални възможности за устойчиво подобрене в качеството на грижата.

Телепрактиката доказано подпомага първичната и вторичната превенция на комуникативни нарушения чрез навременен скрининг, ефективни интервенции и активно включване на семействата. Внедряването ѝ при работа с деца в рискови групи, както и в контекста на родителско обучение и коучинг, разкрива потенциала ѝ да създаде богата комуникационна среда и да подобри дългосрочните езикови резултати.

SWOT анализът, представен в настоящото изследване, показва, че телепрактиката съчетава множество силни страни – достъпност, гъвкавост, ефективност и удовлетвореност на потребителите – с конкретни ограничения, свързани основно с технологични и организационни бариери. Съществуват и важни възможности за развитие чрез иновации, мултидисциплинарно сътрудничество и интеграция в образователната и здравната система. Успоредно с това обаче е нужно да се адресират потенциалните заплахи – от дигиталното неравенство до нормативните несъответствия и риска от професионално дигитално прегаряне.

Необходима е целенасочена политика за развитие на национални и институционални протоколи за телепрактика, обучение на специалисти за ефективно използване на цифрови технологии, осигуряване на равен достъп до интернет и оборудване за уязвими групи, както и включване на телепрактиката в дългосрочните стратегии за здравна и образователна трансформация.

Измочници:

- American Speech-Language-Hearing Association, (n.d.). *Medicaid toolkit: Telepractice* [viewed 24.05.2025]. Available from: <https://www.asha.org/practice/reimbursement/medicaid/medicaid-toolkit-telepractice/>
- Baker, A. R., Barents, E. R., Cole, A. G., Klaver, A. L., Van Kampen, K., Webb, L. M., Wolfer, K. A., 2025. Use and Perceptions of Telehealth by Pediatric Occupational Therapists Post COVID-19 Pandemic. *International journal of telerehabilitation*, 16(2), e6655.
- Boisvert, M., Lang, R., Andrianopoulos, M., Boscardin, M. L., 2010. Telepractice in the assessment and treatment of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(6), 423–432.
- Burns, C. L., Kularatna, S., Ward, E. C., et al., 2017. Cost analysis of a speech pathology synchronous telepractice service for patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 39(12), 2470–2480.
- Coufal, K., Parham, D. F., Jakubowitz, M., Howell, C., Reyes, J., 2018. Comparing traditional service delivery and telepractice for speech sound production using a functional outcome measure. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1), 82–90.
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., et al., 2019. Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 3–19.
- Edwards, M., Stredler-Brown, A., Todd, K., 2012. Expanding use of telepractice in speech-language pathology and audiology. *Volta Review*, 112(3), 227–242.
- ESLA Europe, 2025. *Home – ESLA Europe*, April 27 [viewed 25.05.2025]. Available from: <https://eslaeurope.eu/>
- Farmani, E., Fekar Gharamaleki, F., Nazari, M. A., 2024. Challenges and opportunities of telespeech therapy: Before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of public health research*, 13(1), 22799036231222115
- Gabellone, A., Marzulli, L., Matera, E., Petruzzelli, M. G., Margari, A., Giannico, O. V., Margari, L., 2022. Expectations and Concerns about the Use of Telemedicine for Autism Spectrum Disorder: A Cross-Sectional Survey of Parents and Healthcare Professionals. *Journal of clinical medicine*, 11(12), 3294.
- Grillo, E. U., 2019. Building a Successful Voice Telepractice Program. *Perspectives of the ASHA special interest groups*, 4(1), 100–110 [viewed May 23, 2025]. Available from: https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2018_PERS-SIG3-2018-0014
- Grogan-Johnson, S., Schmidt, A. M., Schenker, J., et al., 2013. A comparison of speech sound intervention delivered by telepractice and side-by-side service delivery models. *Communication Disorders Quarterly*, 34(4): 210–220.

- Hall, N., Boisvert, M., Steele, R., 2013. Telepractice in the assessment and treatment of individuals with aphasia: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 5(1), 27–38.
- Jafni, T., Bahari, M., Ismail, W., et al., 2017. Understanding the implementation of telerehabilitation at Pre-Implementation Stage: a systematic literature review. *Procedia Computer Science*, 124, 452–460.
- Kaiser, A. Roberts, M., 2011. Advances in Early Communication and Language Intervention. *Journal of Early Intervention*, 33, 298-309.
- Keck, C. S., Doarn, C. R., 2014. Telehealth technology applications in speech-language pathology. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 20(7), 653–659.
- Kral, A., Dorman, M. F., Wilson, B. S., 2019. Neuronal Development of Hearing and Language: Cochlear Implants and Critical Periods. *Annual review of neuroscience*, 42, 47–65.
- Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., Brooks, M., 2017. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ Open*, 7(8), e016242 [viewed May 23, 2025]. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e016242>
- Mashima, P. A., Doarn, C. R., 2008. Overview of telehealth activities in speech-language pathology. *Telemedicine journal and e-health*, 14(10), 1101–1117.
- May-Mederake, B., 2012. Early intervention and assessment of speech and language development in young children with cochlear implants. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 76(7), 939–946.
- McCue, M., Fairman, A., Pramuka, M., 2010. Enhancing quality of life through telerehabilitation. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 21(1), 195–205.
- Meadan, H., Daczewitz, M. E., 2015. Internet-based intervention training for parents of young children with disabilities: A promising service-delivery model. *Early Child Development and Care*, 185(1), 155–169.
- Molini-Avejonas, D. R., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C. A., Samelli, A. G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language, and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 367–376.
- Morland, L. A., Raab, M., Mackintosh, M. A., 2013. Telemedicine: a cost-reducing means of delivering psychotherapy to rural combat veterans with PTSD. *Telemedicine journal and e-health: the official journal of the American Telemedicine Association*, 19(10), 754–759.
- Nicholas, J. G., Geers, A. E., 2006. Effects of early auditory experience on the spoken language of deaf children at 3 years of age. *Ear and hearing*, 27(3), 286–298.

- Pamplona, M. D. C., Ysunza, P. A., 2020. Speech pathology telepractice for children with cleft palate in the times of COVID-19 pandemic. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 138, 110318.
- Reynolds, A. L., Vick, J. L., Haak, N. J., 2009. Telehealth applications in speech-language pathology: a modified narrative review. *Journal of telemedicine and telecare*, 15(6), 310–316.
- Stankova, M., Mihova, P., 2019. Attitudes to Telemedicine, and Willingness to Use in Young People. In: Czarnowski, I., Howlett, R., Jain, L. (eds). *Intelligent Decision Technologies 2019. Smart Innovation, Systems and Technologies*, vol 143. Springer, Singapore.
- Taylor, O. D., Armfield, N. R., Dodrill, P., Smith, A. C., 2014. A review of the efficacy and effectiveness of using telehealth for paediatric speech and language assessment. *Journal of telemedicine and telecare*, 20(7), 405–412.
- Tenforde, A. S., Hefner, J. E., Kodish-Wachs, J. E., 2017. Telehealth in physical medicine and rehabilitation: A narrative review. *PM&R*, 9(5S), S51–S58.
- Theodoros, D. G., 2008. Telerehabilitation for service delivery in speech-language pathology. *Journal of telemedicine and telecare*, 14(5), 221–224.
- Wales, D., Skinner, L., Hayman, M., 2017. The Efficacy of Telehealth-Delivered Speech and Language Intervention for Primary School-Age Children: A Systematic Review. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 55–70.
- World Health Organization: WHO, 2011. *World Report on Disability* [online]. [viewed May 24, 2025]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability#:~:text=About%2015,methodologies%20used%20to%20measure%20disability>
- WHO, 2023. *Disability* [online], March 7 [viewed May 23, 2025]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health#:~:text=Key%20facts>
- Yang, H. W., Burke, M., Isaacs, S., et al., 2021. Family perspectives toward using telehealth in early intervention. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(2), 197–216.

Разстройство на езиковото развитие

Венета Василева

Дефиниция на езиково нарушение

Специфично езиково нарушение (Specific Language Impairment – SLI), известно в миналото като езиково разстройство (Language Disorder), представлява едно от най-разпространените невроразвитийни разстройства в детска възраст. То се характеризира със значителни затруднения в разбирането, усвояването на устния език и писмената комуникация, които не могат да бъдат обяснени с общо когнитивно изоставане, сензорни дефицити (например слухови увреждания), неврологични нарушения или неадекватна езикова среда. Разстройството засяга както **устната**, така и **писмената форма на езика**, обхващайки различни равнища на езиковата система – **фонология, морфология, синтаксис, семантика и прагматика**. Индивидуалният профил на засегнатите лица може да варира значително. Прогнозата за езиковото развитие зависи от редица фактори, включително тежестта на нарушението, възрастта на детето при интервенция и наличието на съпътстващи рискови фактори. Сред установените рискови фактори се включват: фамилна анамнеза за езикови нарушения, преждевременно раждане, сензорни дефицити, както и социално-икономическа уязвимост (Leonard 2014; Bishop et al. 2017; Norbury et al. 2016).

Нива на езиковата структура

Езиковата система се анализира чрез три основни компонента: **форма, съдържание и функция** на езика (ASHA 1993; Rinaldi et al. 2021).

1. Форма на езика

- **Фонология** – обхваща звуковата система на езика и правилата за организиране и комбиниране на звуковете.
- **Морфология** – засяга структурата на думите и правилата за формиране на словоформи.
- **Синтаксис** – отнася се до правилата за подреждане на думите в изречения и установяване на граматични връзки между тях.

2. Съдържание на езика

- **Семантика** – включва значението на думите, изразите и изреченията и обработването на лексико-семантична информация.

3. Функция на езика

- **Прагматика** – отразява уменията за използване на езика в социален контекст, включително адаптиране към събеседника, спазване на комуникативни норми и управление на речевия дискурс.

През последното десетилетие терминът **разстройство на езиковото развитие** (*Developmental Language Disorder – DLD*) постепенно измества понятието **специфично езиково нарушение** (*Specific Language Impairment – SLI*) в научната литература и клиничната практика. Тази промяна е резултат от международния консенсусен проект **CATALISE**, ръководен от Bishop и сътрудници (2017), чиято цел е да въведе **ясна, последователна и функционално релевантна терминология**, разбираема както за специалистите, така и за родители, учители и засегнатите лица. Терминът **разстройство на езиковото развитие** се използва за обозначаване на **значими езикови затруднения**, които **не могат да бъдат обяснени с други известни биомедицински състояния**, като сензорна загуба (например глухота), интелектуална увреда или разстройства от аутистичния спектър.

Въпреки това, DLD може да съществува съвместно с други състояния като хиперактивност с дефицит на внимание (ХАДВ) или разстройства на обучението (напр. дислексия), като механизмите на взаимодействие между тях остават обект на активно изследване.

Наличните епидемиологични данни сочат, че **разстройството на езиковото развитие** засяга между 7% и 8% от децата в начална училищна възраст (5–11 години), което го прави значим обществено-здравен проблем. Последниците от DLD често включват трайни трудности в академичните постижения, ограничена социална интеграция и повишен риск от емоционални и поведенчески затруднения в по-късна възраст (Rinaldi et al. 2021; Ansari et al. 2025).

Клинична характеристика

Разстройството на езиковото развитие (DLD) не може да бъде обяснено с наличието на сензорни дефицити, интелектуални, неврологични или емоционални нарушения. То обикновено се среща при деца с типично когнитивно развитие и нормален слух, при които езиковите дефицити са **несъразмерни спрямо другите аспекти на развитието** (Bishop et al. 2017).

Съгласно **Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM-5)** (American Psychiatric Association 2013) езиковото разстройство е класифицирано като „**комуникативно разстройство**“ и се характеризира с **трайни затруднения при усвояването и използването на езика**, проявяващи се чрез:

- ограничен лексикален запас;
- затруднения в граматичното структуриране на изречения;
- нарушена организация на свързана реч (напр. при разказване).

Тези дефицити са значими, **превишават очакваното за възрастта** и водят до затруднения в социалното, академичното или професионалното функциониране (American Psychiatric Association 2013).

В Международната класификация на болестите (МКБ), 11-а ревизия (ICD-11), езиковите разстройства се класифицират като „**разстройства на развитието на речта и езика**“ (код 6A01). Те се характеризират с нарушения в развитието на речеви и езикови

умения, проявяващи се в ранното детство, с типично постоянен ход и възможна коморбидност с други невноразвитийни състояния, като разстройства от аутистичния спектър или разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност (ХАДВ) (World Health Organization 2019).

Едно от първоначалните проявления на езиково нарушение в предучилищна възраст е закъснялата поява и трудностите при усвояването на устния/говоримия език. При приблизително 11–18% от децата на възраст между 18 и 36 месеца се отчита забавяне в появата на експресивен език, което в по-тежките случаи засяга и рецептивната способност при липса на слухова загуба, интелектуални дефицити, неврологично заболяване или когнитивни разстройства (Rescorla 2011; Zubrick et al. 2007). Такива деца обикновено имат ограничен речников запас, слабо развити граматични структури и трудности при формирането на изречения. При около 70% от тях се наблюдава наваксване до третата година от живота, но при 5–7% езиковите дефицити персистират, което обуславя диагнозата Разстройство на езиковото развитие (Marini et al. 2021; Bishop et al. 2016).

Коморбидност с други разстройства

При официално диагностицирани с емоционални и поведенчески разстройства деца на възраст 5–13 години се смята, че 81% имат езиково разстройство, като 34% от тях са с леко такова, а при 47% се среща от умерено до тежко изразено разстройство (Hollo et al. 2014).

Изследвания в САЩ показват, че между 22 и 35% от децата с ХАДВ също проявяват симптоми на езиково разстройство (Redmond 2020), което подчертава честата коморбидност между езиковите дефицити и дефицитите във вниманието.

Езиковите разстройства са често срещани и при деца с нарушения в четенето. 54% от децата с разстройство на езиковото развитие имат и дислексия, а 71% от децата с дислексия също страдат от разстройство на езиковото развитие (Adlof et al. 2017). Проучване в Норвегия показва, че 46% от децата с четивни нарушения имат езикови затруднения (Helland et al. 2016), а в САЩ 27% от децата с

езиково разстройство са класифицирани като слабо четящи още до края на детската градина (Murphy et al. 2016).

Сред децата от аутистичния спектър на възраст около 8 години, между 23,6% и 63,4% имат съпътстващо езиково нарушение (Levy et al. 2010; Rubenstein et al. 2018). Освен това около 30% от децата и възрастните с аутизъм използват само няколко думи или фрази в комуникацията си (Schaeffer et al. 2023).

Изследване в Австралия установява, че 40,8% от 4-годишните деца с нарушение в звукопроизношението/артикулацията също отговарят на критериите за DLD (Eadie et al. 2015), което потвърждава високата коморбидност между **фонологични и езикови дефицити**.

На когнитивно равнище при децата с разстройство на езиковото развитие често се наблюдават съпътстващи дефицити в процедурната памет, работната памет и изпълнителните функции, което допълнително усложнява езиковата преработка. Дефицитите са особено изразени във **вербалната работна памет**, което предполага, че трудностите в езиковата обработка са свързани с ограничения в капацитета за задържане и използване на езиков материал (Lum et al. 2011; Henry et al. 2012; Vissers et al. 2015). Нарушенията в прагматичната употреба на езика могат да доведат и до социални и емоционални затруднения, като тези деца често срещат трудности при участие в комуникативни взаимодействия и установяване на взаимоотношения с връстници (Conti-Ramsden et al. 2013; Botting, Conti-Ramsden 2000).

Диагностични критерии

Според МКБ 11 разстройството на езиковото развитие се характеризира с постоянни затруднения в усвояването, разбирането, продукцията и/или използването на език. Нарушението възниква по време на периода на развитие, обикновено през ранното детство, и причинява значителни ограничения в способността на индивида да общува. Способността за разбиране, продукцията или използване на език е значително под това, което би било очаквано предвид възрастта на индивида и нивото на интелектуално функциониране. Според

критериите на ДСМ-5, за да бъде поставена диагноза езиково нарушение, детето трябва да демонстрира продължителни затруднения в използването на езика за комуникация, които се проявяват в един или повече от следните аспекти:

- ограничен речников запас (семантични трудности);
- затруднения в съставянето на изречения, включително с граматични и морфосинтактични елементи (морфосинтактични трудности);
- трудности при организиране и изразяване на свързана реч, например при разказване или описание на събитие (дискурсивни затруднения).

Допълнително се изисква езиковите нарушения да са значимо пог нормата за възрастта и да оказват негативно въздействие върху социалното, образователното и/или професионалното функциониране на индивида. Нарушението не трябва да се обяснява с интелектуално нарушение, сензорни дефицити, двигателни увреждания или други медицински или неврологични състояния.

Основните диагностични характеристики на езиковото разстройство според DSM-5 включват:

- затруднения в усвояването и употребата на език;
- дефицити в разбирането или продукцията на гуми, изречения и изказване;
- езиковият дефицит е видим както в устната, така и в писмената комуникация;
- езиковите нарушения засягат предимно семантиката и граматичната структура;
- късна поява на първи гуми и фрази;
- ограничен и по-слабо разнообразен лексикален запас;
- кратки и граматически неточни изречения;
- затруднения при намиране на подходящи гуми;
- слабо разбиране на синоними, многозначни гуми и езикови игри;

- проблеми със запаметяване на нови думи, фрази и вербални последователности (напр. телефонен номер, списък за пазаруване);
- трудности при следване на сложни инструкции;
- затруднения в разговор (например при предаване на съществени детайли);
- трудности при разказване или преразказване на последователна история.

Тези диагностични характеристики подчертават многото аспекти на езиковото разстройство, като акцентират върху трудностите не само с усвояването и използването на езика, но и върху когнитивни функции и социалните умения, които могат да се проявят в ежедневно комуникация.

Ранна интервенция при деца с езикови нарушения

Развитието на езика и речта е основен аспект от ранното детство, който играе съществена роля в комуникацията, социализацията, познавателния напредък и бъдещия академичен успех. Нарушенията в езиковото развитие могат да имат дълготрайно въздействие върху цялостното развитие на детето, като затрудненията в този процес могат да предизвикат сериозни последици, включително академични трудности, понижено самочувствие и социална изолация. Поради това **навременната интервенция** е от изключително значение. Ранната логопедична намеса не само подобрява комуникативните умения на детето, но и значително намалява риска от вторични затруднения в ученето, поведението и социалната адаптация (Guralnick 2011).

Забавена употреба на жестове, ограничен рецептивен и/или експресивен речников запас, нарушено синтактично разбиране и липса на фрази до 30-месечна възраст се открояват като потенциални ранни предиктори на езиковото разстройство (Sansavini et al. 2021). Ранните интервенции при деца с езиково нарушение могат да доведат до значителни подобрения в развитието на комуникатив-

ните умения. Ефективността на интервенциите се увеличава при индивидуализиран подход, съобразен с конкретните нужди на детето, както и при активно участие на семейството в терапевтичния процес – чрез обучение на родители за подкрепа на комуникацията в ежедневието и създаване на богата езикова среда. Това е особено важно, тъй като ранните интервенции са свързани с по-добри резултати в дългосрочен план и могат да повлияят положително върху академичните постижения и социалната интеграция на детето. (Rinaldi et al. 2021; Pak, Kaiser 2023).

Изследването на Gómez-Cotilla и екип от 2024 г., което представлява систематичен преглед и метаанализ на ефективността на програми за ранна интервенция при деца с езиково разстройство, също потвърждава положителния ефект върху езиковото и когнитивното развитие на децата, като подчертава значението на индивидуализирания подход и ранното започване на интервенцията. Интервенциите, насочени към **речниковото развитие**, особено във връзка с експресивните езикови умения, показват обещаващи резултати при намаляване на ефектите от езиковото разстройство. Тези интервенции подчертават значението на **индивидуализирания подход**, който отговаря на специфичните нужди на всяко дете (Ansari et al. 2025).

Научните изследвания показват, че най-висока ефективност на интервенцията се постига в периода на **невронна пластичност**, когато мозъкът е особено възприемчив към външни стимули. Shonkoff и Phillips (2000) отбелязват, че първите години от живота изграждат невронната архитектура, върху която се основава цялото бъдещо учене, поведение и здраве. Това подчертава значението на навременната подкрепа през ранните етапи от живота на детето. Ако липсва ранна диагностика и интервенция, езиковите дефицити могат да доведат до сериозни академични затруднения и социална изолация. В едно от най-мащабните епидемиологични проучвания по темата Tomblin et al. (2000) изследват група от 581 второкласници и установяват, че приблизително половината от децата с езиково нарушение също изпитват значителни затруднения в четенето.

Освен това при голяма част от тези деца се наблюдават и поведенчески проблеми, включително симптоми, свързани със синдрома на хиперактивност и дефицит на вниманието. Най-висока степен на коморбидност е установена при деца, при които едновременно съществуват езиково нарушение, дислексия и поведенчески разстройства, което подкрепя тезата за взаимно засилващ се ефект между различните затруднения. Тези данни подчертават необходимостта от интердисциплинарен диагностичен подход и навременна интервенция, насочена както към езиковите, така и към когнитивно-поведенческите аспекти на развитието.

Ефективната ранна интервенция включва различни подходи, като **игрови методи**, **мултисензорна стимулация**, активно участие на родителите и терапия в **естествената среда** на детето. Програми като „It Takes Two to Talk“ и „Hanen“ обучават родителите как да разпознават и подкрепят комуникативните опити на своите деца в ежедневието. Girolametto et al. (1996) подчертават, че „когато родителите бъдат обучени да реагират на опитите за комуникация на детето, това значително ускорява развитието на езиковите умения“. Този подход насърчава езиковото развитие, чрез реални социални взаимодействия, а не чрез изкуствени и структурирани ситуации.

Източници:

- Adlof, S. M., Hogan, T. P., 2019. If We Don't Look, We Won't See: Measuring Language Development to Inform Literacy Instruction. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 6(2), 210-217.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ansari, S., Chiat, S., Cartwright, M., Herman, R., 2025. Vocabulary interventions for children with developmental language disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 16, 1517311.
- ASHA, 1993. Definitions of communication disorders and variations. American Speech-Language-Hearing Association, *Supplement*, 35(Suppl. 10), 40-41.

- Bishop, D. V. M., North, T., Donlan, C., 2017. Denial of language impairment: A study of children with speech and language difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 409–416.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., CATALISE-2 Consortium, 2017. Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., CATALISE Consortium, 2016. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS ONE*, 11(12), e0168066.
- Botting, N., Conti-Ramsden, G., 2000. Social and behavioural difficulties in children with language impairment. *Child Language Teaching and Therapy*, 16(2), 105–120.
- Conti-Ramsden, G., Mok, P. L. H., Pickles, A., Durkin, K., 2013. *Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional and behavioral functioning. Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4161–4169.
- Eadie, P., Morgan, A., Ukoumunne, O. C., Eecen, K. T., Wake, M., Reilly, S., 2015. Speech sound disorder at 4 years: Prevalence, comorbidities, and predictors in a community cohort of children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(6), 578–584.
- Girolametto, L., Pearce, P. S., Weitzman, E., 1996. The effects of focused stimulation for promoting vocabulary in young children with delays: A pilot study. *Journal of Child Communication Disorders*, 17, 39–49.
- Gómez-Cotilla, R., de los Ángeles López-de, M., Valero-Aguayo, L., 2024. Efficacy of early intervention programmes: Systematic review and meta-analysis. *Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación*, 30(1), 1–10.
- Guralnick, M. J., 2011. Why early intervention works: A systems perspective. *Infants & Young Children*, 24(1), 6–28.
- Helland, W. A., Lundberg, I., 2016. Reading disabilities and language disorders: Understanding the overlap. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(1), 12–24.
- Henry, L. A., Messer, D. J., Nash, G., 2012. Executive functioning in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 37–45.
- Hollo, A., Wehby, J. H., Oliver, R. M., 2014. A meta-analysis of the effectiveness of language interventions for children with language disorders. *Exceptional Children*, 80(3), 319–340.
- Leonard, L. B., 2014. *Children with specific language impairment*. 2nd ed. MIT Press.
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L.-C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C., Nicholas, J., Reaven, J., Rice, C. E., 2010. Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple

- populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 267–275.
- Lum, J. A. G., Conti-Ramsden, G., Page, D., Ullman, M. T., 2012. Working, declarative and procedural memory in specific language impairment. *Cortex*, 48(9), 1138–1154.
- Marini, A., Bova, L., 2021. Developmental language disorder: Early identification and intervention. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1–10.
- Murphy, M., Bavin, E. L., 2016. The development of reading skills in children with language impairments. *Journal of Educational Psychology*, 108(4), 564–573.
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Pickles, A., 2016. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247–1257.
- Pak, N. S., Chow, J. C., Dillehay, K. M., Kaiser, A. P., 2023. Long-term effects of early communication interventions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(8), 2884–2899.
- Redmond, S. M., 2020. Language difficulties in children with ADHD: The role of language interventions. *Journal of Attention Disorders*, 24(2), 137–146.
- Rescorla, L., 2011. *Late talkers: Language development in the early years*. Psychology Press.
- Rinaldi, P., Barachetti, C., Zanette, M., Caselli, M. C., 2021. Developmental language disorder: Early identification and intervention. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1–10.
- Rubenstein, E., Schieve, L., Wiggins, L., Rice, C., Van Naarden Braun, K., Christensen, D., Durkin, M., Daniels, J., Lee, L.-C., 2018. Trends in documented co-occurring conditions in children with autism spectrum disorder, 2002–2010. *Research in Developmental Disabilities*, 83, 168–178.
- Sansavini, A., Favilla, M. E., Guasti, M. T., Marini, A., Millepiedi, S., Di Martino, M. V., Vecchi, S., Battajon, N., Bertolo, L., Capirci, O., Carretti, B., Colatei, M. P., Frioni, C., Marotta, L., Massa, S., Michelazzo, L., Pecini, C., Piazzalunga, S., Pieretti, M., Lorusso, M. L., 2021. Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. A Scoping Review. *Brain Sciences*, 11(5), 654.
- Schaeffer, J., Abd El-Raziq, M., Castroviejo, E., Durrleman, S., Ferré, S., Grama, I., Hendriks, P., Kissine, M., Manenti, M., Marinis, T., Meir, N., Novogrodsky, R., Perovic, A., Panzeri, F., Silleresi, S., Sukenik, N., Vicente, A., Zebib, R., Prévost, P., Tuller, L., 2023. Language in autism: Domains, profiles and co-occurring conditions. *Journal of Neural Transmission*, 130, 433–457.
- Shonkoff, J. P., Phillips, D. A., 2000. *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academy Press.

- Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., Catts, H., 2000. The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 473–482.
- Vissers, C., Koolen, S., Hermans, D., Scheper, A., Knoors, H., 2015. Executive functioning in preschoolers with specific language impairment. *Frontiers in Psychology*, 6, 1574.
- World Health Organization, 2019. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) [viewed May 21, 2024]. Available from: <https://icd.who.int>
- Zubrick, S. R., Williams, S., 2007. Language delays and cognitive outcomes in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 567–574.

Превенция на комуникативни нарушения: разстройства от аутистичния спектър – социални нарушения

Момчил Баев, Мелинда Добрева

Разстройства от аутистичния спектър – дефиниции, прояви, социални нарушения

Настоящата глава разглежда възможностите за превенция на комуникативните нарушения при деца от аутистичния спектър, като поставя акцент върху социалните аспекти на разстройството. Темата е от изключително значение, тъй като комуникацията е в основата на социалното взаимодействие. За всеки способността да изрази себе си, нуждите и интересите си е ключова за изграждането на партньорства и приятелства.

Разстройствата от аутистичния спектър (РАС) са невроразвитийни състояния, характеризиращи се с постоянни предизвикателства в социалната комуникация, ограничени интереси и стереотипно поведение (American Psychiatric Association 2013). Според Терзиев (2016) при голяма част от децата с РАС това състояние започва своите прояви между 1- и 2-годишна възраст (Терзиев, Полнарева 2016). Клиничната картина на състоянието е възможно да включва различни симптоми, които могат да бъдат от езикови нарушения, забавено когнитивно развитие, хиперактивност, тревожност и припадъци до стомашно-чревни проблеми (McFayden et al. 2022). В следствие

на разнообразната клинична картина, терапията трябва да бъде строго индивидуална, изготвена въз основа на прецизна оценка на специфичните нужди на детето. В диагностиката наред с другите специалисти задължително участва социален работник, който прави „социална оценка“ по стандарт.

Съгласно *Диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства*, пето издание (DSM-5), социалното нарушение заема централно място в клиничната картина на разстройството от аутистичния спектър (American Psychiatric Association 2013). Социалната дезинтеграция е възможно да се наблюдава чрез липса или понижени умения в невербалната комуникация, взаимоотношенията с връстници и социално-емоционалната реципрочност (Volkmar et al. 2014). Дефицитите в невербалната комуникация обхващат затруднения при разбиране и използване на невербални сигнали като зрителен контакт, изражения на лицето, жестове и езика на тялото за регулиране на социалното взаимодействие (American Psychiatric Association, 2013). Родителите могат да идентифицират тези симптоми, като наблюдават за слаб израз на емоции, атипична интонация, липса на съпричастност и емпатия от страна на детето, липса на интерес към игри с другите деца и познати лица и липса на адекватни отговори на социални сигнали. Съществуват данни, че в сравнение с типично развиващите се деца, децата с аутизъм са едновременно по-самотни и имат по-неясно разбиране за самотата. Въпреки че всички деца с аутизъм съобщават, че имат поне един приятел, качеството на техните приятелства е по-лошо по отношение на общуване, сигурност и помощ (Bauminger, Kasari 2000).

При деца с разстройство от аутистичния спектър социалните дефицити не се ограничават само до трудности в комуникацията, но засягат по-дълбоки механизми на социалното познание. Едно от ключовите нарушения е свързано с теорията на ума – способността да се разбира, че другите имат различни мисли, чувства и намерения. Липсата на тази когнитивна способност затруднява социалната адаптация и води до погрешни интерпретации на поведението на околните (Baron-Cohen et al. 1985). Наред с това изследванията показват, че децата с РАС често демонстрират дефицити в имитативното

поведение и споделеното внимание – те по-трудно следват поглед, не споделят внимание и не реагират на социални изразения, което нарушава естествения процес на социално учене (Rogers, Pennington 1991). В допълнение, при много от тях се наблюдава ограничена способност за разпознаване и изразяване на емоции, особено по лицеви изразения, тон на гласа и невербални сигнали, което допълнително затруднява формирането на приятелства и поддържането на междуличностни връзки (Pelphrey, Carter 2008). Не на последно място, с напредването на възрастта нараства социалното натоварване, а с него и рискът от развитие на вторична социална тревожност, което води до избягване на междуличностни контакти и засилване на социалната изолация (White et al. 2009). Тези процеси подчертават необходимостта социалните умения да бъдат стратегически включени като централен компонент в интервенционните програми чрез прилагане на доказани подходи – видеомоделиране, социални истории, АВА техники и групи за социално обучение (Laugeson et al. 2009). Подобряването на социалната когниция и комуникацията не само повишава качеството на живот на децата, но подпомага и тяхната интеграция в образователната и социалната среда.

Една от съществените прояви на социалните дефицити при децата с разстройства от аутистичния спектър (РАС) е нарушената емоционална експресия и трудността при интерпретиране на емоциите на другите. Тези деца често показват атипични изразения на лицето, които могат да бъдат слабо изразени, неадекватни за ситуацията или напълно отсъстващи, което затруднява възприемането им от връстниците и възрастните (Grossman, 2015). Например при ситуации на радост или изненада, някои деца с РАС не демонстрират очакваната мимика или интонация, което създава усещане за емоционална дистанцираност или незаинтересованост. Това остава неразбрано от страна на невротипичните деца и влошава социалната интеграция на децата с РАС.

Паралелно с това се наблюдават затруднения при разчитането на чужди емоционални сигнали, включително лицеви изразения, тон на гласа и език на тялото. Това води до неправилна интерпретация на социалната обратна връзка – например детето не разпознава кога

е досадно за другите, кога е желано в играта или кога е преминало социална граница. Според резултати от функционален ядрено-магнитен резонанс, активността в амигдалата и други мозъчни зони, свързани с емоционално разпознаване, е намалена при децата с РАС, което обяснява дефицитите на биологично ниво (Baron-Cohen et al. 1999; Schultz et al. 2003).

Тези дефицити в емоционалната комуникация имат сериозно отражение върху формирането на приятелства, тъй като взаимното разбиране на емоции е в основата на доверието, близостта и спонтанността в отношенията. Липсата на емоционален резонанс може да накара връстниците да възприемат детето с аутизъм като гистанцирано, странно или незаинтересовано дори когато това не отразява реалните му преживявания. Това също така възпрепятства регулирането на поведението – например разпознаване кога е подходящо да се извини, да прояви емпатия или да се оттегли от напрегната ситуация. Затова интервенции, насочени към разпознаване и изразяване на емоции, включително чрез огледални игри, емоционални карти и видеомоделиране, са от критично значение за подобряване на социалната адаптация. Множество фактори оказват влияние върху начина на живот, възпитанието и развитието на дете с аутизъм. Степента на тежест на нарушението е един от тях от гледна точка на това, че децата с по-тежка степен на аутизъм често демонстрират редуцирана привързаност и по-ниска реактивност в интеракциите си с родителите. Това може да индикира потенциална взаимовръзка, която показва, че родителите на деца с аутистично разстройство изпитват затруднения в установяването на привързаност поради тежестта на нарушенията в реципрочната социална интеракция, характерни за състоянието на детето (Rutgers 2006). Впоследствие тези предизвикателства могат да доведат до трудно или невъзможно създаване на емоционални връзки дори с най-близките до детето хора, което неминуемо допринася за състояния на социална изолация и чувство за самота. Социалната дисфункция се увеличава с възрастта, като става по-изразена в юношеството, когато са необходими повече социални умения (Picci, Scherf 2014). Тези прояви не само компрометират качеството на социалното функциониране на

децата, но и възпрепятстват изграждането на стабилни и значими взаимоотношения с другите, което пряко рефлектира върху общото качество на живот и психо-социалното им благополучие.

Наред с тези предизвикателства, свързани със социалното функциониране на децата с аутизъм, съществуват и значителни последици за техните семейства. Притесненията относно поведението на детето и интензивността на поведенческите прояви представляват очевидни причини за социално отдръпване за повечето семейства. Както констатира български учени в своето изследване, много родители съобщават за промени в приятелския си кръг, професионалната реализация, а в някои случаи дори за смяна на местоживеенето (Дугренова, Матанова 2014). Наблюдава се и тенденция за ограничаване на контактите с разширения семеен кръг, често поради социалните предразсъдъци, свързани със състоянието на детето. В този контекст социалното оттегляне се превръща в често срещана стратегия за справяне с предизвикателното поведение на децата, макар и с потенциални дългосрочни последици за социалната интеграция и емоционалното благополучие на цялото семейство.

Поставянето на диагноза аутизъм е изключително критичен и емоционален момент за родителите и всички близки около семейството. В литературата се съобщава, че родителите на деца с аутизъм изпитват повишени нива на стрес, депресия, тревожност, обсесивно-компулсивни наклонности, междуличностна чувствителност (Karst, Van Неске 2012). Психичното здраве на родителите е пряко свързано с физическото и психичното здраве на децата и положителните резултати от интервенциите. Посочените наблюдения утвърждават необходимостта от терапия за родители на деца от аутистичния спектър.

Броят на децата, диагностицирани с разстройство от аутистичния спектър, нараства всяка година. Към 2020 г. приблизително едно от 36 деца е идентифицирано с такъв вид нарушение. Същото проучване показва, че разстройството се среща 4 пъти по-често при момчета, отколкото при момичета (Maenner et al. 2020). Покачващият се брой на диагностицираните не се дължи на нарастване на заболяемостта, а е резултат от усъвършенстването на диагнос-

тичните методи и тяхната по-широка приложимост. За успешния напредък на пациентите, освен прецизното диагностициране, от съществено значение е то да бъде извършено навреме. Ранната диагноза при РАС е тази, която е поставена до 3-годишна възраст на детето (Попов 2016). За съжаление, резултатите показват, че текущата средна възраст при поставяне на диагнозата е 5 години (van't Hof et al. 2021). Късното диагностициране често е резултат от ниска информираност в обществото, както и липса на превантивни ежегодни практики като посещения при специалисти, занимаващи се с ранното детско развитие.

Тенденцията на късното установяване е притеснителна от гледна точка на това, че ранното диагностициране на разстройството е ключово за ефективността на последващата терапия за индивида. Според изследователски екип ранната интервенция води до значителни подобрения в когнитивното, езиковото и социално-емоционалното функциониране при деца с аутизъм (Vivanti 2014). Този процес обаче поставя редица предизвикателства, тъй като в ранна възраст основен индикатор е липсата на споделено внимание, което често бива незабелязано като притеснителен знак от родителите. Впоследствие се отличават и други характерни дефицити като липса на умения за ролева игра, незаинтересованост от страна на детето към социално въздействие и забавено езиково развитие. Най-сериозен дефицит при засегнатите се наблюдава в социалните умения, което се изразява чрез трудности в установяването на контакти, разпознаването на социални сигнали и взаимодействието с връстници и възрастни. Липсата на достатъчна информираност относно типичното ранно детско развитие и ранните признаци за нарушения води до по-късно диагностициране, от което следва и не-навременно стартиране на подходяща интервенция. Ако се повиши осведомеността на национално ниво, родителите и близките на децата биха били по-внимателни в наблюдението на ранните признаци, което би допринесло за по-навременно и ефективно диагностициране. Диагностицирането крие известни рискове поради широката хетерогенност на симптомите. Затова е препоръчително скринингът, оценката и терапията да се осъществяват в мултидисциплинарен

екип. Най-често той включва детски психиатър, невролог, клиничен психолог, социален работник и логопед.

Не съществува единен и стандартизиран тест за диагностициране и оценка на разстройството. Към днешна дата се прилагат различни инструменти, които се използват за оценка на състоянието. Childhood Autism Rating Scale (CARS 2) е рейтинг скала за оценка на детски аутизъм и към момента е най-широко разпространеният инструмент, който се използва като част от комплексната оценка.

Социална оценка при РАС

Социалната оценка е комплексен процес, прилаган от социалния работник за цялостно разбиране на индивидуални, семейни и групови ситуации. Цели да събере информация, която служи като основа за планиране и предоставяне на подходяща подкрепа и услуги. Ролята на социалния работник в този процес е централна и многопластова, включваща събиране на данни, анализ и изготвяне на препоръки. Този процес е насочен към идентифициране не само на дефицитите и проблемите, но и на силните страни и ресурси на индивида и семейството, което позволява на социалните работници да създадат холистичен подход и да мобилизират наличните ресурси за позитивна промяна. Чрез събирането на съответната информация оценката служи за планиране на подходящи дейности и мерки, като в случаите на деца в риск, тя помага за координиране на усилията на социалната, образователната и здравната системи за осигуряване на навременна и ефективна подкрепа. В контекста на социалното подпомагане социалната оценка е ключова за вземане на решения относно отпускане на помощи, техния вид и размер, като социалният доклад, изготвен от социалния работник, съдържа предложение за отпускане или отказ на помощта, базирано на резултатите от социалната анкета.

В процеса на социалната оценка социалният работник изпълнява редица ключови функции, започвайки с извършването на социална анкета и събирането на информация чрез посещения на място, интервюта и проучване на различни източници, за да се постигне цялостно разбиране на ситуацията на потребителя. В тези срещи участват единият или двамата родители и/или лицето/лицата,

полагащо грижи за детето. Част от този процес е изготвянето на опознавателна анкетна карта, която включва въпроси за чувствителността на детето към шум, поведението на детето, когато се намира сред повече хора, взаимодействието му с други деца, поведение на детето по отношение на промени, режим на сън и навичките му за хранене и самообслужване. Следващата стъпка е оценка и анализ на събраната информация, с цел идентифициране на ключови проблеми, потребности, силни страни и ресурси, което е съществено за разбиране на сложността на случая и вземане на информирани решения. В много случаи, това води до изготвянето на социални доклади, които представят обективна информация, анализ и препоръки, служещи като важен инструмент за комуникация с други професионалисти и терапевти и за вземане на решения от съответните органи. Социалният доклад съдържа информация за средата, в която живее детето, а именно семейно положение, здравословно състояние, материално състояние и допълнителни данни, установени при изготвянето на социалната оценка. На база на оценката социалният работник предлага конкретни интервенции и подкрепа, съобразени с индивидуалните потребности и обстоятелства на нуждаещия се. В случаите, изискващи мултидисциплинарен подход, социалният работник често поема ролята на координатор, осигурявайки сътрудничество между различни специалисти и системи. Целта на социалния работник, оценката, която прави, и последващите действия, е не само да се идентифицират проблемите, но и да се създадат устойчиви решения, които да водят до позитивна промяна в живота на детето.

Превантивни практики, ранни интервенции

Деца от спектъра са изключително пестри и различни, като всяко от тях притежава уникални характеристики и качества. Именно тази индивидуалност възпрепятства насърчаването на идентични интервенции за всяко дете. Най-често необходимите и прилаганите такива биват логопедична терапия, поведенческа терапия, ерготерапия, сензорна интеграция, както и психологична подкрепа, която помага и за развитие на социалните умения. Всяка една от тези интервенции играе уникална и незаменима роля в разви-

тието на детето, като най-добри резултати се постигат, когато те се комбинират целенасочено, съобразно индивидуалните нужди на детето и под ръководството на мултидисциплинарен екип, така че резултатите от всяка терапия да се допълват и надграждат взаимно. Поведенческата терапия е първата интервенция, която е препоръчително да се въведе. Проучванията показват, че когнитивно-поведенческата терапия представлява цялостен метод за терапевтиране, който може да подобри както симптомите на тревожност, така и социалните умения при деца с аутизъм (You et al. 2024). Разглеждайки необходимите интервенции, следваща важна стъпка в подкрепата на деца с аутизъм е логопедичната терапия, която е насочена към обогатяване на речника, развитие на диалогичната реч и подобряване на разбирането и структурирането на изреченията. Освен това тя цели да развие фонологичното осъзнаване и артикулацията (Hryntsiv et al. 2025). Ерготерапията заема важно място в холистичната подкрепа за децата с РАС. Нейната основна цел е подобряването на участието на детето в значими житейски роли, като същевременно се стреми към оптимизирането на ежедневните дейности като самообслужване, образование и социални дейности (Rodger, Polatajko 2014). Изброените интервенции са част от най-широко прилаганите терапии при деца с разстройство от аутистичния спектър. Наложително е да се отбележи, че съществуват много различни конвенционални и неконвенционални терапевтични модалности, които също се използват в клиничната практика.

Интервенциите следва да увеличават напредъка в развитието и да подобряват функционирането по отношение на основните и съпътстващите характеристики на аутизма, които включват комуникация, поведенческа и емоционална регулация и адаптивни умения (Zwaigenbaum et al. 2015). За постигането на тази цел е необходимо ангажираните в процеса лица, а именно родителите/настойниците и специалистите, да следват прецизен алгоритъм на работа, характеризиращ се с последователност и регулярност в терапевтичния процес. Важно е родителите да бъдат обучавани и подкрепяни, тъй като техният ангажимент и разбиране на особеностите на аутизма са критични за успеха на всяка интервенция (Karst, Van Hecke 2012).

Доказано е, че директното включване на родителите в терапевтичния процес като „сътерапевти“, е много по-вероятно да доведе до генерализация и поддържане на ефектите от интервенциите (Дугренова, Матанова 2014). В този ред на мисли моделите на интервенции, които активно интегрират родителите, би следвало да имат по-голям потенциал за дългосрочна ефективност. Това се дължи на факта, че родителите прекарват значително повече време с детето от всеки друг и че тяхното ангажиране осигурява последователност и подкрепа на наученото в дългосрочен план.

През последните години все по-широко се приема тезата за благоприятното въздействие на приобщаващото образование върху когнитивното и социално-комуникативното развитие на децата с РАС. Установено е, че включването на децата с аутизъм в образователната система заедно с невротични деца има положително въздействие върху развитието на речта и комуникативните умения (Praveena, Lakshmi 2021). Това се базира на фундаменталното разбиране, че средата на общообразователната класна стая предоставя множество естествени възможности за социално взаимодействие с невротипични връстници. В тази среда имат също така възможност да усвояват адекватни комуникативни модели, да разширяват речниковия си запас и да участват активно в разговорни ситуации. Освен това приобщаващата среда може да намали чувството за изолация и да повиши мотивацията за комуникация, което е от съществено значение за преодоляване на характерните за РАС комуникативни предизвикателства. Въз основа на тези причини би следвало да се стимулира насочването и насърчаването към приобщаващото образование като ключов елемент в подкрепата на социално-комуникативното развитие на децата с РАС.

Включването на ученици с разстройство от аутистичния спектър в масови училища крие множество предизвикателства. Според Пачолова и Станкова (2014) тези изпитания произтичат от специфичните комуникативни особености, които често включват редуциран речников запас и по-кратка средна дължина на изказването, както и употребата на заучени фрази, които често са нефункционални. Освен това често се наблюдават коморбидни състояния, свързани с дефицити в концентрацията и устойчивостта на внима-

нието, както и промени в настроението (Пачолова, Станкова 2014). Множество проучвания доказват, че агресия и автоагресия са често срещани поведенческите прояви при разстройството, които могат да бъдат налични поради невъзможността на детето да преработи чувствата и емоциите си. За редуцирането на честотата и интензивитета на тези изблици е препоръчително детето да свиква поет-апно с нови ситуации и стимули, които го дразнят. Този подход може да бъде реализиран чрез предварително структуриране на дневния режим и постепенното адаптиране към нови социални контакти и обкръжаващата го среда (Станкова и др. 2012).

В контекста на нарастващото осъзнаване на потенциала на приобщаващото образование за лицата с РАС е вдъхновяващо да се отбележи, че висши учебни заведения в България също предприемат стъпки в тази насока. Нов български университет (НБУ) например предлага специализирани програми, насочени към интегрирането и успешното обучение на студенти с аутизъм. Тази практика е в съответствие с разбирането, че приобщаването трябва да бъде непрекъснат процес, обхващащ всички нива на подкрепа – от ранна детска възраст до висшето образование и професионална реализация.

Според изследване на екип в България се обобщава, че в страната има голям брой деца с нарушения в развитието, които нямат възможност и не получават образование или се обучават по домовете си чрез индивидуална форма на обучение. Това възпрепятства възможността им да общуват и взаимодействат със своите връстници. Резултатът от това са недостатъчно развити самостоятелност и социални умения при децата с РАС. В дългосрочен план такъв подход има съответните последици, а именно трайна социална изолация, неконкурентноспособност на пазара на труда и неумение за справяне с житейски ситуации. По отношение на моралната етика също се наблюдава несправедливо отношение, а именно дискриминация и подлагане на остарели обществени нагласи (Дугренова, Матанова 2014).

Настоящата статия утвърждава сложността на социалните дефицити при децата с разстройства от аутистичния спектър, подчертавайки важната роля на ранната диагностика и интервенция за успеха на детето.

Съвети към родители за подобряване на социалните функции

Родителите срещат редица затруднения във възпитанието, образованието и отглеждането на децата си с разстройства от спектъра. Подобряването на социалните функции при деца с РАС изисква целенасочени, последователни усилия, които съчетават научно обосновани методи и индивидуализиран родителски подход.

1. Изграждане на предвидима среда и рутина

Децата с РАС често изпитват тревожност при непредсказуеми социални ситуации. Родителите могат да подпомогнат социалното функциониране чрез създаване на структурирана среда с ясни правила и последователности. Подобен подход създава чувство за сигурност и увеличава възможността детето да се фокусира върху социалните аспекти на взаимодействието (Koenig, Rudney 2010).

2. Обучение чрез моделиране и ролеви игри

Социалното моделиране представлява демонстриране на желано поведение от възрастен или връстник, което детето наблюдава и впоследствие имитира. Ролевите игри позволяват репетиция на конкретни социални сценарии – например поздрав, молба, изчакване на ред – в безопасна и контролирана среда. Те са ефективен начин за развиване на социални умения особено когато се комбинират с визуална подкрепа и подсилване (Bellini et al. 2007).

3. Използване на визуални опори и социални истории

Социалните истории, създадени по метода на Carol Gray (Gray 2000), са кратки разкази със специфична структура, които подготвят детето за социални ситуации, като обясняват какво да очаква и как да реагира. Визуалните опори – икони, табели, снимки – служат за напомняне на правилното поведение или последователността на действията и могат значително да намалят напрежението при социално взаимодействие (Hodgdon 1995).

4. Насърчаване на съвместна игра с връстници

Въпреки че децата с РАС често предпочитат самостоятелна игра, социалните функции могат да бъдат подобриени чрез внима-

телно структурирани игри с връстници. В началото е полезно да се изберат по-малки групи и дейности с предсказуеми правила (например строене с блокчета, пъзели, настолни игри), като родителят или терапевтът играе ролята на медиатор (Krantz, McClannahan 1993).

5. Обратна връзка и позитивно подкрепление

Положителната подкрепа (например похвала, жетони, стикери) при всяко успешно социално поведение повишава мотивацията и самочувствието на детето. Обратната връзка трябва да е конкретна, незабавна и свързана с ясно наблюдавано поведение – например: „Хареса ми как изчака реда си, докато другото дете говореше“ (Koegele et al. 2012).

6. Сътрудничество с терапевти и образователни специалисти

Родителите не бива да се чувстват сами в процеса. Работата с поведенчески терапевти, логопеди, ерготерапевти, арт терапевти и учители е от съществено значение. Индивидуализираните образователни програми (IEP) трябва да включват конкретни цели за социално взаимодействие, а семейството може да бъде активно включено в прилагането им и в домашна среда (National Research Council 2001).

Подобряването на социалните функции при деца с разстройства от аутистичния спектър изисква търпение, последователност и персонализиран подход. Родителите играят централна роля в този процес – не само като наблюдатели, но и като активни участници, треньори и подкрепящи фигури. Комбинирането на научно доказани методи с ежедневна ангажираност може да донесе значими резултати в социалната адаптация и благополучие на детето.

Заклучение

За ефективна превенция на задълбочаващи се комуникативни нарушения и за осигуряване на пълноценно социално включване на децата с аутизъм, е необходимо да се предприемат съгласувани усилия в няколко направления. На първо място, следва да се продължи и разшири прилагането на ефективни програми за ранна диагностика, към каквито социалният работник да насочва семейството. На второ място, трябва да се гарантира достъп до качествено и при-

общаващо образование за всички деца с РАС, което да им предостави възможности за социално взаимодействие и развитие на комуникативни умения. От съществено значение е осигуряването на подкрепа и обучение за родителите, с участието на социалния работник и терапевти, което ще създаде необходимата подготовка и изгради нужните умения у родителите или полагащите грижи. Настъпването на обществената осведоменост и приемане на хората с аутизъм, за да се преодолеят съществуващите социални предразсъдъци и да се създаде по-приобщаваща среда, е рамкова политика, която е необходимо да се разгърне чрез социалните институции. Само чрез комплексен и мултидисциплинарен подход е възможно да се осигури по-добро бъдеще за децата с разстройства от аутистичния спектър и техните семейства.

Източници:

- Дугренова, И., 2014. *Особености на психичното и социално функциониране на деца от аутистичния спектър*. Доклад. Национален семинар на психолозите подпомагащи деца и ученици със специални образователни потребности: Плевен, България, 14 март 2014 г.
- Пачолова, Я., Станкова, М., 2014. Сравнение на комуникативните, поведенческите и емоционални проблеми при деца с разстройство от аутистичния спектър и деца със специфично езиково нарушение в предучилищна възраст. *Известия на съюза на учените – Варна, серия „Медицина и екология“*, XIX (2), 40–46.
- Попов, Н., 2016. Ранна диагностика на разстройство от аутистичния спектър. В: Иванов, И., Пилософ, В. (ред.). *Педиатрични аспекти на аутизма в светлината на медицината на доказателствата*. Пловдив: Лакс бук, 144–151.
- Станкова, М., Тодорова, Е., Димитров, М., Василева, В., Мирчева, М., 2012. *Методология за работа с деца със СОП. Наръчник за учители и педагогически съветници*. София: Ето.
- Терзиев, Д., Аврамова, А., Полнарева, Н., 2016. *Разстройства от аутистичния спектър. Разпознаване, оценка и интервенции. Насоки за професионалисти, работещи с деца*. София: Клиника по детска психиатрия „Свети Никола“, УМБАЛ „Александровска“.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., Frith, U., 1985. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37–46.

- Baron-Cohen, S., Ring, H. A., Bullmore, E. T., Wheelwright, S., Ashwin, C., Williams, S. C., 1999. Social intelligence in the normal and autistic brain: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience*, 11(6), 1891–1898.
- Bauminger, N., Kasari, C., 2000. Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child development*, 71(2), 447–456.
- Bellini, S., Peters, J., Benner, L., Hopf, A., 2007. A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*, 28(3), 153–162.
- Gray, C., 2000. *The New Social Story Book*. Arlington, TX: Future Horizons.
- Grossman, R. B., 2015. Judgments of social awkwardness from brief exposure to children with and without high-functioning autism. *Autism: the international journal of research and practice*, 19(5), 580–587.
- Hodgdon, L. Q., 1995. *Visual strategies for improving communication: Practical supports for school and home*. Troy, MI: QuirkRoberts.
- Hryntsiv, M., Zamishchak, M., Bondarenko, Y., Suprun, H., Dushka, A., 2025. Approaches to Speech Therapy for Children with Autism Spectrum Disorders (ASD). *International Journal of Child Health and Nutrition*, 14(1), 32–45.
- Karst, J. S., Van Hecke, A. V., 2012. Parent and family impact of autism spectrum disorders: A review and proposed model for intervention evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 247–277.
- Koegel, R. L., Vernon, T. W., Koegel, L. K., 2012. Improving social initiations in young children with autism using reinforcers with embedded social interactions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 599–606.
- Koenig, K. P., Rudney, S. G., 2010. Performance challenges for children and adolescents with difficulty processing and integrating sensory information: A review of the literature. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 430–442.
- Krantz, P. J., McClannahan, L. E., 1993. Teaching children with autism to initiate to peers: Effects of a script-fading procedure. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26(1), 121–132.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C., Dillon, A. R., 2009. Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39 (4), 596–606.
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A.R., et al., 2020. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States. *MMWR Surveill Summ* 2023;72(No. SS-2), 1–14.
- McFayden, T. C., Kennison, S. M., Bowers, J. M., 2022. Echolalia from a transdiagnostic perspective. *Autism & developmental language impairments*, 7, 23969415221140464.

- National Research Council, 2001. *Educating children with autism*. Washington, DC: National Academy Press.
- Pelphrey, K.A., Carter, E.J., 2008. Brain Mechanisms for Social Perception. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1145, 283–299.
- Picci, G., Scherf, K. S., 2014. A Two-Hit Model of Autism: Adolescence as the Second Hit. *Clinical Psychological Science*, 3(3), 349–371. Original work published 2015.
- Praveena, T. L., Lakshmi, N. V. M., 2021. Multi-label classification for emotional analysis of autism spectrum disorder children using deep neural networks. In: *Third International Conference on Inventive Research in Computing Applications (ICIRCA) 2021*, 1018–1022.
- Rodger, S., Polatajko, H., 2014. Occupational therapy for children with autism. In V. B. Patel, V. R. Preedy, C. R. Martin (eds.). *Comprehensive Guide to Autism*. Springer e-books, 2297–2314.
- Rogers, S. J., Pennington, B. F., 1991. A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Development and Psychopathology*, 3(2), 137–162.
- Rutgers, A. H., 2006. *Autism and attachment security*. Doctoral Thesis. Faculty of Social and Behavioural Sciences, Leiden University. Available from: <https://hdl.handle.net/1887/4466>
- Schultz, R. T., Grelotti, D. J., Klin, A., Kleinman, J., Van der Gaag, C., Marois, R., Skudlarski, P., 2003. The role of the fusiform face area in social cognition: Implications for the pathobiology of autism. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1430).
- van 't Hof, M., et al., 2021. Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. *Autism: the international journal of research and practice*, vol. 25(4), 862–873.
- Vivanti, G., Prior, M., Williams, K., Dissanayake, C., 2014. Predictors of outcomes in autism early intervention: why don't we know more? *Frontiers in pediatrics*, 2, 58.
- Volkmar, F., et al., 2014. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53 (2), 237–257.
- White, S. W., Oswald, D., Ollendick, T., Scahill, L., 2009. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 216–229.
- You, X.-R., et al., 2024. Cognitive behavioural therapy to improve social skills in children and adolescents with autism spectrum disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of affective disorders*, 344, 8–17.
- Zwaigenbaum, L., et al., 2015. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136 Suppl 1, (Suppl 1), S60–S81.

Арт терапия – специфична терапевтична форма

Гергана Георгиева

Арт терапията представлява форма на психотерапия, която използва визуалното изкуство като основно средство за комуникация, самоизразяване и емоционална регулация, с цел подобряване на психическото, емоционалното и физическото благополучие на индивида (Malchiodi 2012). Тя се основава на разбирането, че творческият процес, включващ работа с художествени материали, може да помогне на хората да изразят и осмислят чувства, да разрешат вътрешни конфликти, да подобрят самосъзнанието си и да изградят нови стратегии за справяне с проблеми (Moon 2010).

Според Британската асоциация на арт терапевтите (British Association of Art Therapists [BAAT] n.d.), арт терапията не изисква от участниците да притежават умения или опит в изобразителното изкуство – важен е не художественият резултат, а процесът на създаване. В този процес арт терапевтът играе ролята на фасилитатор, който създава защитено пространство за изразяване и личностно развитие.

Арт терапевтичният подход е приложим при широк спектър от психични и соматични състояния, включително емоционални и поведенчески затруднения, разстройства от аутистичния спектър, тревожност, депресия, хронични заболявания и физически увреждания (Malchiodi 2020; [AATA] n.d.). Той интегрира елементи от психологията и визуалното изкуство, като чрез творческия процес

подпомага емоционалната експресия и самопознанието, улеснява междуличностната комуникация и насърчава личностното развитие и адаптация.

Исторически преглед

Арт терапията възниква почти едновременно в Англия и Съединените щати през 40-те години на ХХ век. В Англия художници започват да работят в държавните здравни служби, което е естествено следствие от интереса на психиатри и психоаналитици към рисуването като част от терапевтичния процес (Malchiodi 2012). Терминът „арт терапия“ е въведен от Ейдриън Хил, преподавател в Училището по изкуства Св. Мартин в Лондон, който започва да организира арт терапевтични сесии в здравни институции и болници (Case, Dalley 2014). В Съединените щати Едит Крамер, австро-американска художничка, се счита за пионер в развитието на арт терапията. След емиграцията си в САЩ през 1938 г. тя започва да преподава скулптура в прогресивното училище Little Red School House в Ню Йорк и през 1958 г. публикува книгата *Art Therapy in a Children's Community*, която е ключова за развитието и признаването на арт терапията като професия (Kramer 1971).

В България арт терапията започва да се развива през 50-те години на ХХ век. Изследванията на Маринов (1992), които се фокусират върху спонтанни рисунки на пациенти с шизофрения, наркозависими и депресивни състояния със суицидни тенденции, доказват полезността на арт терапията в лечението на различни психични заболявания. През годините арт терапията се утвърждава като ефективен метод за психотерапия, основан на използването на изкуството и творчеството за въздействие върху психо-емоционалното състояние на пациента (Moop 2010; Malchiodi 2020).

Основни видове арт терапия

Според формите на въздействие в арт терапията съществуват два основни вида: активен и пасивен. Първият подход включва активно създаване на изкуство от страна на клиента, като рисува-

не, живопис или скулптура. Този процес насърчава самоизразяването и емоционалното освобождаване, като предоставя възможност за изследване на лични чувства и преживявания (Границка 2018). Според Американската асоциация по арт терапия (2025) този метод ангажира ума, тялото и духа по начини, които се различават от вербалната комуникация, и предоставя алтернативни начини за изразяване и контактуване.

От друга страна, пасивният подход се фокусира върху възприемането на изкуство чрез разглеждане на произведения или слушане на музика (Границка 2018). Това може да включва посещение на музеи или участие в културни събития. Например в Швейцария е въведен пилотен проект, при който лекарите предписват безплатни посещения на музеи като форма на арт терапия за пациенти с психични разстройства и хронични заболявания с цел подобряване на психичното здраве и общото благополучие (AP news 2025). Според доклад на Световната здравна организация (2019), базиран на над 3000 индивидуални проучвания, досегът с изкуство подобрява здравето и благосъстоянието на човека и играе роля в превенцията и лечението на болестни състояния.

Изборът между активен и пасивен подход зависи от индивидуалните нужди и предпочитания на клиента, както и от конкретните терапевтични цели. Някои клиенти могат да се възползват повече от активното участие в творческия процес, докато други могат да намерят успокоение и вдъхновение чрез пасивно взаимодействие с изкуството. В някои случаи, комбинирането на двата подхода може да предостави по-цялостно терапевтично изживяване (Границка 2018).

Арт терапията може да бъде класифицирана въз основа на формата и организацията на провеждане. Според формата арт терапията се разделя на индивидуална и групова. Индивидуалната арт терапия предоставя възможност за персонализиран подход, съобразен с конкретните нужди на клиента, докато груповата арт терапия насърчава социалното взаимодействие и споделянето на опит между участниците (Границка 2018).

Арт терапията използва различни средства и техники на изобразителното изкуство – визуални (пластични, визуално-пластични, кинетични), графични техники (рисуване, гравирание), живописни техники (акварел, пастел, масло, колаж и др.), техники за моделиране (точене, оформяне, конструиране, прибавяне, отнемане) (Границка 2018).

Тези различни форми и организации на арт терапията позволяват гъвкавост при прилагането ѝ, като се адаптират към индивидуалните потребности и предпочитания на участниците. Изборът на подходяща форма и организация зависи от целите на терапията, наличните ресурси и контекста, в който се прилага.

Влияние на арт терапията върху когнитивните и психичните процеси

Арт терапията ангажира множество мисловни, когнитивни и психични процеси, които допринасят за нейния терапевтичен ефект. Чрез създаване на изкуство се активират различни мозъчни зони, включително зрителната кора, лимбичната система и префронталният кортекс – области, свързани с възприятието, емоциите, паметта и изпълнителните функции (Malchiodi 2012; Volwerk et al. 2014).

На когнитивно ниво творческият процес изисква концентрация и устойчиво внимание, както и способност за задържане на образ или концепция в съзнанието по време на работа. Клиентът активно планира композицията, избира материали и взема решения в хода на създаването, като демонстрира гъвкавост в мисленето при необходимост от промяна на първоначалния замисъл. Този процес включва и решаване на визуални или символични проблеми, което активира и поддържа изпълнителните функции. Изследванията сочат, че продължителното участие в художествени дейности води до повишена невропластичност – способността на мозъка да създава нови невронни връзки и да компенсират когнитивни дефицити, включително при пациенти с невродегенеративни заболявания (Volwerk et al. 2014; Kaimal et al. 2016).

Психичните процеси, които се задействат в арт терапията, също са от ключово значение за нейното въздействие. Изкуството предлага алтернативен канал за изразяване на емоции и вътрешни преживявания, особено при деца, които срещат затруднения във вербалната комуникация – като деца, хора с травматични преживявания или невроразвитийни разстройства (Malchiodi 2020). Чрез творческия акт се създават образи, които позволяват на клиента да изрази и осмисли чувства, често несъзнавани или трудно достъпни за езика. Този процес може да доведе до емоционално освобождаване и намаляване на вътрешното напрежение, както и до задълбочаване на самопознанието. Арт терапията подпомага изграждането на субективна идентичност, тъй като клиентът се преживява като активен създател, способен да влияе върху собственото си преживяване, а не просто като пасивен обект на външни събития. Освен това чрез ангажиране на сензорните и символни системи арт терапията създава възможност за достъп до дълбоки, често ранни преживявания, които не винаги са осъзнати, но влияят на поведението и емоционалната регулация (Hinz 2009). По този начин се постига интеграция на когнитивното, телесното и емоционалното измерение на преживяването в един холистичен терапевтичен процес.

Арт терапията в работата с деца с комуникативни нарушения

Арт терапията е доказано ефективен метод за подпомагане на деца с комуникативни нарушения, тъй като предоставя алтернативни начини за изразяване и взаимодействие. При деца с разстройства от аутистичния спектър (РАС) арт терапията може да подобри социалните умения и комуникацията, като улеснява невербалното изразяване и емоционалната регулация. Систематичен преглед на литературата показва, че творческите арт интервенции подобряват социалното взаимодействие и комуникативните умения при деца с РАС (Bernier et al. 2022).

Освен това арт терапията е полезна за деца с нарушения на речта и езика. Чрез използване на изкуството като средство за комуникация децата могат да изразят мисли и чувства, които иначе

биха били трудни за вербализиране. Проучване показва, че деца на възраст 4–5 години с нарушения на експресивната реч могат да изразят своите възгледи за говоренето чрез рисуване, което подчертава потенциала на арт терапията в подкрепа на изразяването при малки деца с комуникативни затруднения (McCormack et al. 2022)

Важно е да се отбележи, че ефективността на арт терапията може да варира в зависимост от индивидуалните характеристики на детето и интензивността на интервенцията. Например краткосрочни и интензивни арт-базирани интервенции може да не доведат до значителни подобрения в симптомите на аутизъм и социалните умения при деца с по-тежки форми на РАС (Bernier et al. 2022). Това подчертава необходимостта от персонализиран подход и продължителна терапия, съобразена с конкретните нужди на всяко дете.

Добри практики в планирането на арт терапевтични занимания

При планирането на арт терапевтични сесии за деца с комуникативни нарушения е от съществено значение да се вземат предвид специфичните им потребности и предизвикателства. Ефективното планиране включва няколко ключови аспекта.

1. Индивидуална оценка и арт-терапевтичен контакт

Първите контакти в арт терапията са от изключително значение за продължаващата работа. По време на тях се установява връзката между терапевта и клиента, следят се двупосочните реакции и се определя цялостният тон на работа (Границка 2018). Терапевтът има възможност да направи цялостна оценка на детето, за да разбере неговите комуникативни способности, предпочитания и потребности и нужди. Тази информация помага за създаването на персонализирани цели и дейности, които насърчават самоизразяването и социалното взаимодействие (Kids First Services 2022).

2. Изграждане на предсказуема работна среда

Важна стъпка в процеса на работа с деца с комуникативни нарушения и деца с РАС е изграждането на спокойна, безопасна, добре

организирана и стабилна среда, която не се променя във времето (Границка 2018). Практиката показва, че среда, която включва твърде много стимули и разсейващи фактори, може да затрудни арт-терапевтични процес като предизвика разсейване, а всяко ново нещо, било то предмет или човек, може да доведе и до стрес при лица с РАС (Границка 2018).

3. Избор на подходящи материали и дейности

Подборът на арт материали трябва да са съобразени с възрастта, способностите и интересите на детето. Разнообразието от материали като флумастери, моливи, бои, глина и колажни техники може да стимулира сетивното възприятие и да улесни изразяването на емоции и мисли. Същевременно следва да се вземат предвид индивидуални характеристики като специфична сензорна чувствителност, стереотипни поведения и специфики в комуникацията с другите (Van Lith et al. 2017; Kids First Services 2022).

4. Структуриране на сесията

От основно значение при планирането на арт терапевтичната сесия е въвеждането на ясна и предсказуема структура на сесията, която включва иницираща част, основна част и заключителна част, като продължителността на заниманията може да варира в зависимост от конкретните задачи и избраните техники (Границка 2018). Практиката показва, че при работа с деца с РАС обаче точната времева рамка е от голямо значение. Тя подпомага чувството за сигурност и улеснява преходите между дейностите (Art Therapy Resources n.d.).

5. Насърчаване на невербалната комуникация

Тъй като вербалната комуникация може да е затруднена, фокусът по време на арт терапевтичната среща може да бъде пренесен върху невербални средства за изразяване на чувства, емоции и вътрешни конфликти. Арт терапията предоставя възможности за изразяване чрез образи и символи, което може да бъде особено полезно за лица с комуникативни нарушения (Границка 2018).

6. Сътрудничество с други специалисти

Работата в екип и комуникацията със други специалисти като логопеди, психолози и ресурсни учители осигурява интегриран подход към терапията. Това сътрудничество подпомага интегрирането на арт терапията в по-широкия контекст на образованието и развитието на детето (Kids First Services 2022).

Внимателното планиране и прилагане на тези стратегии може да подобри ефективността на арт терапевтичните сесии и да подпомогне развитието на комуникативните умения при децата с нарушения.

Сътрудничество с родители

В арт терапията сътрудничеството с родителите на деца с комуникативни нарушения е от съществено значение за постигането на терапевтични цели. Ефективното взаимодействие включва няколко ключови аспекта.

1. Оценка

Ram-Vlasov и Orkibi (2021) предлагат първоначалната оценка в арт терапията с деца и семейства да се разглежда като цялостен процес, който включва не само наблюдение на детето и неговия начин на изразяване, но и събиране на богата информация чрез интервюта с родителите. Авторите подчертават, че тези интервюта предоставят ценен контекст за разбиране на емоционалното и поведенческо развитие на детето, включително информация за семейната динамика, стилотовете на привързаност, важни събития или травми, както и родителските очаквания, тревоги и възприятия за нуждите на детето. Така интервюта подпомагат изграждането на терапевтична рамка, съобразена както с вътрешния свят на детето, така и със семейната система, в която то функционира.

2. Управление на очакванията

Важно е терапевтите да установят ясни и реалистични цели съвместно с родителите, като обясняват процеса на арт терапията и възможните и очаквани резултати. Това включва обсъждане

на подходящи материали и техники, които отговарят на нуждите и интересите на детето, като същевременно се избягват нереалистичните очаквания спрямо процеса и детето (Gilroy 2021).

3. Обратна връзка

Редовната, целенасочена, емпатична и етично поднесена обратна връзка към родителите подобрява разбирането на техните деца, насърчава сътрудничеството между семейството и терапевта и подпомага устойчивостта на терапевтичния напредък. От изключителна важност е използването на език, който е достъпен и уважителен, както и внимание към границите и конфиденциалността на детето. Качествената комуникация с родителите улеснява преноса на терапевтичните ползи в ежедневието на детето. (Shamri et al. 2018).

4. Съдържание на обратната връзка

По време на индивидуалната обратна връзка към родителите е важно да се предостави възможност за обсъждане на напредъка на детето, споделяне на наблюдения от терапевтичните сесии и съвместно планиране на подходи за подкрепа в домашна среда. Включването на родителите в този процес не само укрепва терапевтичния алианс, но и улеснява преноса на терапевтичните ползи в ежедневието на детето, като същевременно насърчава родителите да развиват по-добро разбиране и емпатия към емоционалните нужди на своето дете. Посветеното време за работа с родителите като индивидуални или групови сесии е важно за изграждане на доверие и за предоставяне на допълнителна подкрепа. Тези сесии позволяват на родителите да споделят опита си, да задават въпроси и да получават насоки за прилагане на наученото в ежедневието (Shamri et al. 2018).

Арт терапията предлага многобройни ползи за деца с комуникативни нарушения, като предоставя алтернативен начин за изразяване на емоции и преживявания. Тъй като много деца с комуникативни затруднения изпитват трудности при вербалната комуникация, творческият процес в арт терапията им дава възможност

да изразят чувствата си чрез рисуване, скулптура и други художествени форми (Malchiodi 2012). Това не само намалява стреса, но също така подпомага развитието на социални умения и емоционално регулиране. Изследванията показват, че арт терапията може да подобри самосъзнанието и да засили самочувствието на децата, като същевременно улеснява тяхната комуникация с другите (Cohen, McAllister 2009).

Арт терапията е особено ефективна за деца с разстройства от аутистичния спектър, тъй като предоставя структуриран, но гъвкав контекст за комуникация (Kramer 2000). Тази терапевтична форма позволява на децата да изразяват и обработват вътрешни конфликти, да се свържат с вътрешния си свят и да изградят нови начини за взаимодействие с околната среда. Като резултат от арт терапията много деца показват подобрения в своето емоционално и социално функциониране, което има дълготрайни ползи за тяхната комуникация в ежедневието (Malchiodi 2020).

Приложенията на арт терапията в работата с деца с комуникативни нарушения показват значителен напредък в областта на психотерапията, като този подход се доказва като ефективен за деца в различен терапевтичен контекст. Той не само подобрява комуникацията, но и подкрепя психологическото и емоционалното им благополучие, като същевременно дава възможност на терапевта да работи по-успешно с децата в контекста на техните индивидуални нужди и способности (Cohen, McAllister 2009; Malchiodi 2012).

Източници:

- Българска асоциация по арт терапия [онлайн], б. г. История [посетено на 15 май 2025]. Достъпно на: <https://arttherapy-bulgaria.org/устория/>
- Петкова, С., б. г. История на арт терапията в България. *Арт терапия със Светлана Петкова* [онлайн] [посетено на 10 май 2025]. Достъпно на: <https://svetlanapetkova.net/istoria-na-art-terapiyata-v-bulgaria/>
- American Art Therapy Association [online], 2017. *About art therapy* [viewed May 20, 2025]. Available from: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>

- American Art Therapy Association [online], 2025, [viewed April 24, 2025]. Available from: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
- Bernier, A., Ratcliff, K., Hilton, C., Fingerhut, P., Li, C. Y., 2022. Art interventions for children with autism spectrum disorder: A scoping review. *The American journal of occupational therapy*, 76(5), 7605205030.
- Bolwerk, A., Mack-Andrick, J., Lang, F. R., Dörfler, A., Maihöfner, C., 2014. How art changes your brain: Differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLOS ONE*, 9(7), e101035.
- British Association of Art Therapists [online], (n.d.). *What is art therapy?* [viewed May 11, 2025]. Available from: <https://baat.org/art-therapy/what-is-art-therapy/>
- Case, C., Dalley, T., 2014. *The handbook of art therapy* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Cohen, B., McAllister, M., 2009. *Art therapy with children on the autism spectrum: Beyond words*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gilroy, A., 2021. *Managing expectations and goals in art therapy: Insights for parents and therapists*. PMC National Institutes of Health. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9318189/>
- Hinz, L. D., 2009. *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. New York: Routledge.
- Kaimal, G., Ray, K., Muniz, J., 2016. Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 33(2), 74–80.
- Kids First Services [online], 2022. *Art therapy for non-verbal clients: A communication tool* [viewed April 3, 2025]. Available from: <https://www.kidsfirstservices.com/first-insights/art-therapy-for-non-verbal-clients-a-communication-tool>
- Kramer, E., 2000. *Art as therapy with children*. New York: Schocken Books.
- Kramer, E., 1971. *Art therapy in a children's community*. New York: Schocken Books.
- Malchiodi, C. A., 2012. *Handbook of art therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. A., 2020. *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. New York: Guilford Press.
- Moon, B. L., 2010. *Art-based group therapy: Theory and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- McCormack, J., McLeod, S., Harrison, L. J., Holliday, E. L., 2022. Drawing talking: Listening to children with speech sound disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 53(3), 713–731.
- Ram-Vlasov, N., Orkibi, H., 2021. The kinetic family in action: An intermodal assessment model. *The Arts in Psychotherapy*, 72, 101750.

- Shamri Zeevi, L., Regev, D., Guttman, J., 2018. *The efficiency of art-based interventions in parental training*. *Frontiers in Psychology*, 9, Article 1495.
- Van Lith, T., Stallings, J. W., Harris, C. E., 2017. Discovering good practice for art therapy with children who have Autism Spectrum Disorder: The results of a small scale survey. *The Arts in Psychotherapy*, 54, 78–84.
- World Health Organization, [online], 2019, *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* [viewed May 23, 2025]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054553>

Специфични форми и общи принципи на терапевтичната дейност при деца с нарушения в развитието

Слава Костадинова

Във фокуса на съвременната медицинска и социална практика стои отговорността за осигуряване на добро качество на живот на децата с различни нарушения в развитието, премахване на наличните затруднения и увеличаване на възможностите им за самостоятелност и независимост. Това е продължителен и труден процес, характеризиращ се с голяма комплексност и ангажираност на разнородни специалисти (лекари, кинезитерапевти, рехабилитатори, ерготерапевти, психолози, логопеди, социални работници и пр.). Терапевтичната дейност при деца с нарушения в развитието представлява цялостен, индивидуализиран и интердисциплинарен процес, насочен към подобряване на функционирането и качеството на живот на детето (World Health Organization 2011).

Основната цел на този процес е децата с нарушения в развитието, както и членовете на техните семейства, да развият умения, които липсват по рождение или са били загубени, чрез мултидисциплинарен подход, тоест чрез включване на различни специалисти, които работят в екип за постигане на общи резултати (King et al. 2009). Изграждането на умения има за задача да индивидуализира ролята на детето в семейството, колектива и обществото. Детайлите в

работата на отделните специалисти се определят от взаимодействието между състоянието и възможностите на индивида, неговите лични интереси и нужди, от околната среда и кооперативността на семейството.

Ролята на специалистите, полагащи грижи за децата с нарушения в развитието, е, от една страна, да консултират и подпомагат лечебния процес, а от друга, да мотивират детето и подкрепящата го семейна среда за активно лично участие и да подчертават собствената им отговорност за крайния резултат.

Основни концепции за развитие на двигателни умения при деца с нарушения в развитието

Определение и характеристика на специфичните форми за здравно обслужване на деца с нарушения в развитието: По правило здравето и благополучието на отделната личност зависи от това тя да може да извършва определени дейности, да притежава известни умения, навици и рутинни практики, чрез които да изпълнява задачи и роли, свързани с личните си нужди и околната среда. Децата с нарушения в развитието често не успяват да се включат пълноценно в социалния живот и притежават специфични нужди. Те трябва да се обучават на индивидуални умения и да усвояват колективни действия, за да заемат полезна роля в социума и да са удовлетворени от качеството си на живот. Това могат да са умения от разнороден характер – двигателни възможности; сетивни и познавателни функции; психологично и емоционално поведение; социални взаимодействия; адаптация към професионална квалификация, хоби и пр. Тези дейности трябва да съответстват на тяхното здраве, възможности и социално състояние, на техните разстройства и нарушения, както и да въздействат върху възможностите им да правят това, което е важно и значимо за тях. Децата с нарушения в развитието не бива да бъдат „ограничавани“ от парадигмата на липсата на дадена функция или действие, тъй като характеристиките и целите на всяка човешка дейност се простират отвъд поставената задача. Те са пряко свързани с конкретните ситуации, в които биват извършвани, както и с лицето, ангажирано с тях.

Ролята на специалистите, имащи отношение към този процес, е да направят правилния избор за вида на конкретната дейност, нейното изпълнение, участието на родителите, членовете на семейство и околната среда, като съобразят нуждите и интересите на детето с конкретното нарушение в развитието.

Рехабилитацията в най-общ смисъл (медицинска, социална, педагогическа и трудово-професионална) представлява съвкупност от координирани медицински, социални, педагогически мероприятия. Този процес залага на възможностите на самото дете, за да може то да постигне максимална физическа, психическа и адаптивна годност и да се предпази от функционална и социална непълноценност. Рехабилитацията се осъществява от екип, в който водеща роля има лекуващият лекар. При необходимост в екипа се включват тесни специалисти, чиито компетентности и консултации са необходими за изясняване на диагнозата и здравословното състояние на детето, например кардиолог, ортопед, невролог, интернист, психиатър и др. Особено важна роля се определя и на разнородните членове на екипа: кинезитерапевт, ерготерапевт, логопед, психолог, социален работник, които са ангажирани с разгръщането на рехабилитационния потенциал на детето. Екипът се структурира според нуждите на конкретния пациент. Индивидуалният рехабилитационен потенциал на участващите деца се определя чрез извършване на необходимата функционална диагностика, след което се съставя подходяща рехабилитационна програма – нужната форма на текущ контрол, дозировката и нейната продължителност.

Подлежащите на рехабилитация деца могат да се групират според своите нозологични единици, които определят нужния състав на рехабилитационния екип и мястото на рехабилитацията (клиника, специализирано заведение, санаториум, социален дом или амбулатория).

Макар и получените резултати да са заслуга на всички специалисти, те не могат да бъдат постигнати без активното участие на детето. За достигане на крайната цел са важни още обучението на семейството, училището и обществото като цяло. Медиите и

институциите също играят важна роля, съответно за да информират обществото и за да осигурят икономическа подкрепа.

Алгоритъм на терапевтичните действия при здравно обслужване на децата с нарушения в развитието

Характеристика и класификация: Здравият човек има нужда да извършва функционални, творчески и комуникативни дейности. Като болен или с нарушения в развитието, човекът не може да задоволява тези свои потребности. Подобни ограничения го правят неспокоен, недоволен и дават отражение върху всички измерения на живота му. По-късно пациентът привиква към обусловеното от болестта състояние на пасивност, губи инициатива и интерес. Засегнатите трудно изграждат или възвръщат своята активност в живота и обществото, особено децата с придобити или вродени дефицити. За да се противодейства навременно на тези негативни процеси, особено при хронични заболявания, на помощ идва съвкупност от терапевтични процеси, които обхващат не само симптоматиката или нарушението, но вземат предвид и развитието, възможностите и социалните нужди на детето. При комплексната работа се обръща специално внимание на двигателните функции, които са решаващи за изграждане на качествен начин на живот.

Компонентите на движението и тяхното оценяване са обект на кинезитерапията и патокинезиологията. Това са две фундаментални дисциплини, които съчетават изучаването, анализа и оценката на движенията и техните съставни компоненти. Впоследствие тези познания биват използвани успешно при обучението на деца не само в двигателни умения, но и в по-сложни дейности, необходими за едно пълноценно участие в обществото. Сред по-важните компоненти на движението, които са обект на кинезитерапията, са: координация, структура на цикличните и ациклични движения, сила, издръжливост, темп, еластичност и подвижност. Патокинезиологията от своя страна изследва и оценява болестните отклонения, характерни за хората с нарушения в развитието.

Кинезитерапията е интердисциплинарна наука, която по своите методи е близка до физическата култура, но според предназначението и приложението си е медицинска наука. Кинезитерапията е основен терапевтичен метод, който използва движението като средство за лечение и рехабилитация при деца с различни видове нарушения в развитието (Vertoti 2013). Обект на кинезитерапията са едновременно и болният (т.е. неговото оздравяване и възстановяване), и здравият човек (за укрепване на здравето и профилактика). В основни линии кинезитерапията използва прилагането на движение с лечебна и профилактична насоченост. Нейните цели могат да бъдат възстановяване на функцията на даден крайник или човешкото тяло като цяло, както и приспособяване към получено увреждане. Конкретните задачи на кинезитерапията най-често са постигане на максимален и необходим за практиката обем на движение в ставите на увреден крайник; засилване на увредени мускули или мускулни групи и насочено упражняване на комплексни движения; тренировка за координация, равновесие и издръжливост. Наред с главните терапевтични задачи, кинезитерапията възвръща доверието в собствените възможности, обучава в самостоятелност и съхранява неувредените функции по време на заболяването.

Много често физическите упражнения се прилагат в комбинация с други средства и методи, при което се получава по-комплексно въздействие и по-добър лечебен или профилактичен ефект. Масажът е едно от тези средства. Той има положително влияние върху целия организъм. Масажът е дозирано механично въздействие върху повърхността на тялото, което се осъществява мануално или чрез специални апарати. В развитието на масажа научно са обособени няколко основни направления: лечебен, спортен, хигиенен и козметичен. Кинезиотейпингът е друг съвременен терапевтичен метод, насочен към стабилизирането на ставите и мускулите, без да се нарушават циркулацията и обема на движение. Изпълнението му се осъществява чрез еластична лента (кинезиотекс), която осигурява свобода на движение и влияе върху релативното пространство между кожа и мускули. Кинезио лентата намалява компресията върху рецепторите за болка, подобрява отока на застойната лимфа, възстановява

локалното кръвообращение и по този начин се постигат биомеханични условия за оздравяване.

Ерготерапията подпомага участието в ежедневни дейности чрез прилагане на техники за адаптация и развитие на функционални умения (Case-Smith, O'Brien 2015). Основната цел е да се повиши независимостта на детето в различни сфери – лична грижа, учене, игра и социално взаимодействие. Терапевтичните дейности се планират спрямо интересите и нуждите на детето, като се използват игри, манипулативни задачи и тренировки за конкретни умения. Ерготерапията представлява част от здравното обслужване на хората, като добавя програма от действия за постигане на следните положителни оздравителни ефекти:

- Увеличаване на капацитета и възможностите на индивида, за да може той да изпълнява дейности и да посреща своите нужди.
- Анализиране и приспособяване на дейностите и околната среда към особеностите на индивида.
- Достигане на най-високо ниво на възможности в изпълнение на дейностите, за да се постигне относителна независимост и нормален начин на живот.

Ерготерапията включва анализ и селекция на дейности съгласно специфичните критерии за всеки индивид и се прилага не само за коригиране на патологията, но и за укрепване и поддържане на здравето. Ерготерапевтичното въздействие се основава на включване на цялостната личност в оздравителния процес, оценка на реалните възможности на индивидите и търсене на практически осъществими методи за работа. Процесът е насочен към формиране на практически умения и овладяване на ежедневни активности, което от своя страна подобрява самочувствието и социалната интеграция (American Occupational Therapy Association [AOTA] 2020).

Общи принципи

Целите и задачите на цялостната рехабилитационна програма трябва да бъдат изградени според индивидуалните нужди на децата,

като родителите би следвало да бъдат добре информирани за същността на проблема, както и за структурата на възстановителния процес. От тях трябва да се изисква пълноценна и точна обратна връзка относно промените, настъпили в двигателния дефицит по време на рехабилитационния процес.

Рехабилитационният екип най-често е изграден от лекар, кинезитерапевт, ерготерапевт, психолог, логопед, социален работник. Всеки от тези специалисти помага в различен аспект за функционалната адаптация и социализация на детето. Особено важна е пълноценната колаборация между членовете на рехабилитационния екип с оглед правилното решаване на терапевтичните задачи. Съставът на рехабилитационния екип е съобразен с различните фази на лечение и адаптация:

- *Остра фаза:* лекар, медицинска сестра, кинезитерапевт, ерготерапевт.
- *Подостра фаза:* кинезитерапевт, ортопедичен техник, ерготерапевт, психолог.
- *Фаза на остатъчен двигателен дефицит:* кинезитерапевт, ерготерапевт, социален работник, общински служби, общопрактикуващ лекар, семейство, учители, преподаватели и др.

Задълбоченото и пълноценно изследване на детето е от ключово значение за определяне на правилната рехабилитационна дейност. То не бива да бъде negliжирано, защото е единствената правилна основа, върху която се изгражда рехабилитационната програма. Оpozнаването на детето също така има благоприятен психологичен ефект както върху него и семейството му, така и върху екипа от терапевти.

За медицинския аспект на нарушението се черпи информация от различните членове на екипа – лекар, медицински сестри. Кинезитерапевтът и ерготерапевтът провеждат специализирано функционално изследване, на чиято база съставят задълбочен патокинезиологичен анализ на това кои дейности и в каква степен биват затруднени; какви компенсаци и заместителни механизми проя-

вява гетето, до колко те са уместни и ефективни и как се отразява двигателният дефицит.

Рутинното физическо изследване включва:

- *Анамнеза*: дава информация за пола, възрастта, доминантна страна, трудови и битови условия, интереси в свободното време и пр.
- *Оглед*: има два аспекта, общ и локален; общият включва оглед на непреднамерени двигателни действия и на оказани двигателни дейности; локалният оглед установява състоянието на кожата, наличие на оток или кожни цикаатрикси и отклонения от нормалния контур на крайника.
- *Изследване на болката*: вид, характер, интензитет, локализация.
- *Изследване на обема на движение*: ъглометрия.
- *Изследване на оток или хипотрофия*: сантиметрия.
- *Изследване на мускулна сила/слабост*: по метода за мануално мускулно тестване.

Ергоотерапевтичното изследване ползва данни от физикалното изследване, но ги обогатява с анализ на промените на комплексните двигателни способности на пациента.

То включва изследване на:

- *Психосоциален статус*: трудова спецификация, социално-битов статус, рекреационен статус, мотивация за сътрудничество, ментален статус.
- *Познавателен статус*: осъзнаване на необходимостта от терапия, способност да следва указания и инструкции.
- *Лични цели и очаквания*.
- *Функционални възможности и потребности*.
- *Други значими фактори*: семейна и подкрепяща среда.

Обучение в самообслужване, дейности в ежедневния живот и трудови навици и умения. Развитие на компенсаторни възможности и двигателни умения

Самообслужването в това число и дейностите от ежедневния живот са от изключително значение за самостоятелността и независимостта на всеки човек. Те са свързани с тоалет, хранене, обличане и др. Понякога става въпрос просто за преместване на тялото в пространството, промяна на положението му, заемане на различни позиции, придвижване без чужда помощ и други. Поради голямото значение на самообслужването при всеки човек и най-малките успехи постигнати от него трябва да се уважават и да предизвикват удовлетворение, както у детето, така и у терапевта. Задачите, които се поставят в тази връзка, трябва да се планират реалистично, за да са осъществими, да се поставят перспективни срокове, да се изпълняват поетапно една след друга.

При наличие на функционална загуба, която води до ограничения в самообслужването и самостоятелността, рехабилитационният екип трябва да оцени функционалния дефицит и да вземе решение за използването на различни видове технически помощни средства и приспособления. Тези средства условно се разделят на близки до тялото и далечни от тялото:

- *Близките до тялото помощни средства са:* ортези (опорни и коригиращи); протези, заместващи загубени телесни части. Характерно за тях е, че те са строго индивидуални и се пригаждат към нуждите на детето.
- *Далечните помощни средства са тези,* които позволяват на детето да използва остатъчните си възможности, за да се включи оптимално в ежедневни дейности; при тях не е необходима строга индивидуалност; това са патерици, проходилки, инвалидни колички и някои уреди, инструменти и приспособления (надстройку за тоалетна, обувалки за чорапи и обувки, удължения за вилници и лъжици, различни дръжки и пр.).

При избор на най-подходящо помощно средство трябва да се започне постепенно от най-простите, достъпни и лесни за усвояване приспособления. Препоръчително е въпросът да бъде обсъден с детето и семейството именно защото тяхното становище и одобрение е предпоставка за по-ефективно използване на приспособленията, упражняването с тях и, разбира се, за положителния краен резултат.

Много важна стъпка в самообслужването е поддържането на телесна хигиена – ползване на тоалетна, измиване, обличане и хранене са сред приоритетните задачи на рехабилитационния екип. На по-късен етап към обучението в дейности от ежедневния живот се включват самостоятелното приготвяне на храна, сервиране, обучение в писане, работа с компютър и пр.

Основно правило в обучението за дейности от ежедневния живот е, че всяка изпълнена успешно веднъж дейност трябва да се повтаря системно. Една от задачите на рехабилитационния екип е да следи този процес, да го контролира, стимулира и ръководи (Петева, Костадинова-Петрова 2016).

Ресоциализация и социална интеграция

Основната цел на рехабилитацията и в частност на кинези-терапията и ерготерапията е пълноценното участие на отделни лица и групи в присъщата им обществена среда. Това се постига с приложението на количествен подход, обхващащ биологичните и социални предпоставки, които обуславят както дейностите, така и затрудненията в изпълнението им, водещи до социална изолация. От рехабилитацията се очаква да обедини съществуващите два модела на поведение при хора с нарушения в развитието – медицински и социален. Участието на детето в терапевтичния процес е ключово. То бива насърчавано да изразява мнението си, да избира дейности, да поема отговорности според възможностите си. Това повишава неговата мотивация и самочувствие (Deei, Ryan 2000). Рехабилитацията в общности е част от цялостната стратегия за развитие на концепцията за равни възможности и социална интеграция на всички деца и възрастни с нарушения в развитието. Ролята на специалистите в областта на рехабилитацията се изразява в следните области:

- Терапевтични програми за предварителна подготовка, осигуряване на помощни средства и технологично обучение в използването им; развитие на комуникативни умения и пр.
- Обучение на членовете на отделните общности, техните семейства и работещите с тези лица на основни рехабилитационни умения и създаване на положителни нагласи.
- Предоставяне на услуги и напътствия за защита правата на лицата с нарушения в развитието, в частност децата в общинските институции.
- Подкрепа за провеждане и отчитане на национални и общински програми.

Децата с нарушения в развитието и в неравностойно положение, както и техните семейства, имат нестабилни социални контакти, което ги прави изключително уязвими. Често те нямат достъп до обществените блага, страдат от липса на толерантност и социална справедливост, което води до промяна в тяхното умствено и психосоциално състояние. Основните стремежи на рехабилитационния процес са насочени към преодоляване на този модел и се изразяват в следното:

- Здравна промоция и превенция.
- Изграждане на партньорски взаимоотношения.
- Развиване на рехабилитационния потенциал.
- Адаптиране на средата – създаване на физически достъпна среда и промяна на обществените нагласи.

Основният принцип на социалната интеграция и социалното включване се изразява в адаптиране на средата спрямо специфичните потребности на пациента, детайлна оценка на способностите, интересите и затрудненията на лицето и осигуряване на възможности за квалификация и продължителна подкрепа.

Източници:

- Банков, Ст., Слънчев, П., Бонев, Л., 1973. *Ръководство по кинезитерапия*. София: Медицина и физкултура.
- Желев, В., 2011. *Физиотерапия. Трета част: специализирани методи и методики във физиотерапията*. София: Авангард прима.
- Попов Н., 2009. *Кинезиология и патокинезиология на опорно двигателния апарат*. София: НСА прес.
- Петева, С., Костадинова-Петрова, С., 2016. *Наръчник за вземащи решения и помагачи в областта на дългосрочните грижи за Възрастни хора* [онлайн], [посетен на 18 май 2025]. Достъпен на: https://mobileteam.icss-bg.org/wp-content/uploads/2015/07/Manual_final.pdf
- American Occupational Therapy Association, 2020. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Suppl. 2), 7412410010p1–7412410010p87.
- Houglum, P. A., Bertoti, D. B., 2013. *Brunnstrom's Clinical Kinesiology (6th ed.)*. F.A. Davis Company.
- Case-Smith, J., O'Brien, J. C., 2015. *Occupational Therapy for Children and Adolescents*. 7th ed. St. Louis, Missouri : Elsevier.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., 2000. *The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Kendall, F. P., McCreary, E. K., Provance, P. G., Rodgers, M. M., Romani, W. A., 2005. *Muscles: Testing and Function with Posture and Pain (5th ed.)*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- King, G., Strachan, D., Tucker, M. A., Duwyn, B., Desserud, S., Shillington, M., 2009. A framework for facilitating and evaluating intervention fidelity in health services research. *Journal of Children's Services*, 4(4), 4–23.
- Schiariti, V., Sauve, K., Klassen, A. F., O'Donnell, M., Limperopoulos, C., Cieza, A., 2014. Parents' perspectives on rehabilitation and outcomes for children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 36(10), 826–832.
- Turnbull, A. P., Turnbull, H. R., Erwin, E. J., Soodak, L. C., Shogren, K. A., 2011. *Families, Professionals, and Exceptionality: Positive Outcomes Through Partnerships and Trust*. 6th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson.
- World Health Organization, 2011. *World report on disability*. Geneva: WHO Press.

Комуникативни нарушения при деца с церебрална парализа

Иван Жингов

Въведение

Церебралната парализа (ДЦП) представлява сборна група от трайни нарушения на движението и позата, произтичащи от непрогресивно увреждане на развиващия се мозък. Тези първични двигателни дефицити често са съпътствани от множество вторични състояния, включително сензорни, когнитивни, комуникативни и поведенчески проблеми, както и епилепсия и мускулно-скелетни деформации (Вах et al. 2005; Rosenbaum et al. 2007). Комуникативните нарушения са важен аспект от клиничната картина на ДЦП, засягат значителен процент от засегнатите индивиди, имат дълбоки последици за тяхното социално и емоционално благополучие, образователни постижения и цялостно качество на живот, както и за семействата им (Pennington et al. 2009). В тази връзка ранното идентифициране на рискови фактори, прецизната диагностика и прилагането на базирани на доказателства превантивни стратегии и ранни интервенции са от първостепенно значение за намаляване на тежестта на комуникативните дефицити и насърчаване на оптималното комуникативно развитие при децата с ДЦП.

1. ДЦП – дефиниции, прояви

Церебралната парализа се дефинира като хетерогенна група от синдроми, характеризирани се с трайно нарушение на развитието на движението и позата, причинено от непрогресивно увреждане на мозъка, възникнало през пренаталния, перинаталния или ранния

постнатален период (Stanley et al. 2000). Класификацията на ДЦП се основава основно на вида на двигателното нарушение и топографското разпределение на засегнатите крайници. Според вида на двигателното нарушение се различават спастична (пирамидна), дискинетична (екстрапирамидна, включваща атетоза, хорей и дистония), атактична и смесена форма. По отношение на засегнатите крайници се говори за квадруплегия (засегнати са четирите крайника), диплегия (засегнати са предимно долните крайници) и хемиплегия (засегната е едната половина на тялото).

Патофизиологичните механизми, водещи до ДЦП, са разнообразни и зависят от времето и характера на мозъчното увреждане. Те могат да включват левкомалация на бялото мозъчно вещество при недоносени деца, вътремозъчни кръвоизливи, хипоксично-исхемични увреждания, мозъчни малформации и инфекции (Volpe 2008). Тези увреждания могат да засегнат различни мозъчни области, включително моторната кора, базалните ганглии и малкия мозък, което обуславя разнообразието в клиничните прояви.

В контекста на комуникативните нарушения е важно да се отбележи тясната връзка между двигателните дефицити и овладяването на речта и езика. Спастичността, особено в орофациалната област (мускулите на лицето, езика, устните, гърлото), може да доведе до дизартрия – нарушение на артикулацията, характеризиращо се с неясен говор, затруднения в контрола на силата и височината на гласа, както и проблеми с ритъма и плавността на речта (Reilly et al. 2004). Дискинетичните форми на ДЦП често са свързани с флукутиращ мускулен тонус и неволеви движения, които могат значително да затруднят координираното използване на артикулаторните органи и да повлияят на фонацията и дишането по време на говор. Атаксията може да доведе до некоординирани движения, включително на дихателната и фонаторната мускулатура, което също се отразява на речта. Освен преките ефекти на двигателните нарушения, постуралният контрол и стабилността на тялото също играят важна роля за ефективната комуникация, осигурявайки основа за контролирани движения на главата и тялото, които са необходими за поддържане на зрителен контакт и използване на жестове и невербална комуникация.

2. Ранна диагностика на ДЦП, тестове, въпроси към родители, методи за изследване

Ранната диагностика на ДЦП е критична за започване на навременни интервенции, които могат да повлияят благоприятно на невропластичността на мозъка и да минимизират вторичните усложнения, включително комуникативните нарушения (Novak et al. 2017). Процесът на ранно откриване включва внимателно съчетаване на информация от анамнезата, клиничното неврологично изследване и специализирани диагностични методи.

Подробната анамнеза, снета от родителите, е първата стъпка и включва въпроси за пренаталния период (например, инфекции по време на бременност, употреба на медикаменти), перинаталния период (например преждевременно раждане, усложнения по време на раждане, ниска оценка по скалата Апгар) и ранния постнатален период (например гърчове, проблеми с храненето, забавено достигане на двигателни и комуникативни етапи на развитие). Особено внимание се обръща на ранните комуникативни прояви на детето: кога е започнало да гука, да произнася първите си думи, как разбира прости инструкции и как комуникира своите нужди и желания.

Сериите клинични неврологични изследвания, извършвани от опитен детски невролог, са от съществено значение за проследяване на неврологичното развитие на детето и идентифициране на ранни признаци на ДЦП. Оценяват се спонтанната двигателна активност, мускулният тонус, рефлексите (включително присъствието на патологични рефлексии), постуралният контрол и развитието на двигателните умения спрямо възрастта (Einspieler et al. 2005).

General Movement Assessment (GMA) представлява високочувствителен метод за ранно откриване на неврологични нарушения, включително ДЦП, чрез анализ на спонтанните движения на кърмачета до 5-месечна възраст. Характерни анормални модели на движения като “poor repertoire” и “cramped-synchronized” са силно предсказващи за бъдещо развитие на ДЦП и могат да дадат ранна индикация за потенциални двигателни и свързани с тях комуникативни затруднения (Einspieler, Prechtl 2005).

Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE) е количествена скала, която оценява различни аспекти на неврологичната функция при кърмачета и малки деца, включително черепно-мозъчни нерви, поза, движения, мускулен тонус и рефлексии. Резултатите от HINE имат прогностична стойност за двигателното и когнитивното развитие (Haataja et al. 1999).

Alberta Infant Motor Scale (AIMS) е инструмент за оценка на двигателното развитие при кърмачета от раждането до прохождането, фокусиращ се върху телото, опората и антигравитационните движения. Забавянето в постигането на определени двигателни етапи може да бъде ранен маркер за неврологични нарушения.

Невроизобразителните методи играят важна роля в етиологичната диагноза и прогнозата на ДЦП. Магнитно-резонансната томография (ЯМР) е метод на избор за визуализация на мозъчните структури и идентифициране на мозъчни увреждания, които могат да бъдат свързани с ДЦП. Провеждането на ЯМР в ранна възраст може да предостави ценна информация за времето и механизма на мозъчното увреждане (Krageloh-Mann, Horber 2007). Ултразвуковото изследване на мозъка е по-достъпен и неинвазивен метод, който може да бъде полезен при новородени и малки кърмачета за откриване на вътремозъчни кръвоизливи и вентрикуломегалия. Електроенцефалографията (ЕЕГ) може да бъде необходима при деца с гърчове или съмнение за епилептична активност, която може да повлияе на когнитивното и комуникативното развитие.

Изследванията в областта на биомаркерите също напредват, като се търсят ранни индикатори в кръвта или други телесни течности, които биха могли да сигнализират за повишен риск от ДЦП още в неонаталния период (Novak et al. 2017).

3. Превантивни практики, ранни интервенции

Превенцията на комуникативните нарушения при деца с ДЦП започва с идентифицирането на рисковите фактори и осигуряването на възможно най-ранна и адекватна подкрепа за детето и неговото семейство. Ранните интервенционни програми, които обикновено започват преди 3-годишна възраст, са от съществено значение за

стимулиране на оптималното развитие и минимизиране на потенциалните дефицити (Guralnick 2011).

Тези програми често са семейно-центрирани, като признават ключовата роля на родителите и полагащите грижи за детето в процеса на интервенция. Те включват мултидисциплинарен екип от специалисти (физиотерапевти, ерготерапевти, логопеди, психолози, специални педагози), които работят съвместно, за да изготвят индивидуализиран план за интервенция, съобразен с нуждите и силните страни на детето и неговото семейство.

Логопедичната терапия в ранна възраст се фокусира върху стимулиране на прекомуникативните умения (например зрителен контакт, съвместно внимание, редуване), развитието на езиковото разбиране и експресивния език, както и върху подобряване на оралната моторика и артикулацията. Използват се различни техники и подходи, включително:

Орофациални упражнения и терапии: Насочени към подобряване на силата, координацията и подвижността на мускулите на лицето, устните, езика и челюстта, които са от съществено значение за храненето и артикулацията (Reilly et al. 2004; Millen, Wollner 2019).

Стимулиране на езиковото развитие: Използване на богата езикова среда, повторение, разширяване на детските вокализации и фрази, използване на визуални опори и игри, насочени към обогатяване на речника и подобряване на граматическите умения.

Алтернативни и допълващи комуникативни системи (ДАК): При деца с тежки артикулационни нарушения, ДАК могат да бъдат ефективен начин за подпомагане на комуникацията. Те включват жестове, езика на тялото, картинни комуникационни системи (PECS), комуникационни дъски и електронни устройства с генериране на реч (SGD) (Light, McNaughton 2014; Tetzchner, Martinsen 2000; Weikelman, Miranda 2013; Brady et al. 2011). Ранното въвеждане на ДАК не възпрепятства развитието на вербалната реч и може да намали фрустрацията, свързана с комуникативните затруднения.

Технологични средства: Различни приложения и софтуери могат да бъдат използвани за стимулиране на езиковото развитие, подобряване на артикулацията и осигуряване на комуникация чрез ДАК.

Системите за проследяване на погледа (eye-tracking) предоставят възможност за комуникация на деца с тежки двигателни нарушения, които не могат да използват ръцете си.

Физиотерапията и ерготерапията играят важна роля в подобряването на постуралния контрол, двигателните умения и фината моторика, което може косвено да повлияе на комуникацията, като улесни използването на жестове, ДАК и подобри общото взаимодействие с околните.

Сензорната интеграция може да бъде полезна при деца със сензорни обработки, които могат да повлияят на тяхната способност да възприемат и преработват комуникативна информация.

Интерпрофесионалното сътрудничество между всички членове на екипа, както и тясното сътрудничество с родителите, е от ключово значение за осигуряване на холистичен и ефективен подход към превенцията на комуникативните нарушения.

4. Съвети към родители

Родителите са основните партньори в процеса на превенция и интервенция при децата с ДЦП и комуникативни нарушения. Ето някои допълнителни съвети към тях:

Ранно идентифициране и търсене на помощ: Не пренебрегвайте ранните признаци на забавено развитие или комуникативни затруднения. Своевременната консултация със специалисти може да промени хода на развитието на детето.

Създаване на богата и стимулираща комуникативна среда: Обградете детето си с език. Говорете му често, описвайте действията си, четете книги, пейте песни, използвайте жестове и насърчавайте всяка форма на комуникация, независимо колко малка ви изглежда.

Бъдете търпеливи и приемащи: Развитието на комуникативните умения при децата с ДЦП може да отнеме повече време и усилия. Бъдете търпеливи, насърчавайте усилията на детето и празнувайте всеки малък напредък.

Използвайте визуални опори: Картинки, символи и комуникационни дъски могат да бъдат много полезни за подпомагане на разбирането и експресията.

Насърчавайте социалното взаимодействие: Осигурете възможности на детето да общува с други деца и възрастни. Социалните контакти са важни за развитието на комуникативните умения.

Учете се и се информирайте: Потърсете информация за ДЦП и комуникативните нарушения. Колкото повече знаете, толкова по-добре ще можете да подкрепите детето си.

Свържете се с други родители и организации за подкрепа: Обмяната на опит и емоционалната подкрепа от други семейства, които преминават през подобни предизвикателства, може да бъде безценна.

Не забравяйте за собственото си благополучие: Грижата за дете с ДЦП може да бъде изтощителна. Позгрижете се за себе си, търсете подкрепа и не се колебайте да поискате помощ, когато имате нужда.

Бъдете застъпници на вашето дете: Научете се да отстоявате правата и нуждите на детето си в образователната, здравната и социалната система.

Заклучение

Превенцията на комуникативните нарушения при деца с ДЦП е динамична и мултифасетна област, която изисква ранно идентифициране, прецизна диагностика и прилагане на базирани на доказателства интервенционни стратегии. Мултидисциплинарният подход, в който активно участват родителите, е от съществено значение за оптимизиране на комуникативното развитие и подобряване на качеството на живот на тези деца и техните семейства. Съвременните научни изследвания ще продължат да обогатяват нашите знания и да водят до разработването на още по-ефективни методи за превенция и интервенция.

Източници:

- Вах, М., et al., 2005. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8), 571–576.
- Beukelman, D. R., Mirenda, P., 2013. *Augmentative & alternative communication: Supporting children & adults with complex communication needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Brady, N. C., Thiemann-Bourque, K., Fleming, K., Cox, M., 2011. Systematic review of the effectiveness of early communication interventions for children with cerebral palsy. *Infants & Young Children*, 24(1), 31–63.
- Einspieler, C., Prechtl, H. F. R., 2005. Qualitative changes in general movements in early infancy are predictive of later neurological outcome. *Early Human Development*, 81(1), 15–23.
- Einspieler, C., Sigafos, J., Rowland, C., 2005. Early identification of cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(1), 14–23.
- Guralnick, M. J., 2011. Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future perspectives. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(1), 3–11.
- Haataja, L., Mercuri, E., Guzzetta, A., Rutherford, M. A., Cowan, F. M., Dubowitz, V., Henderson-Smart, D. J., 1999. Optimality score for neurological examination of preterm infants at term: correlation with outcome at 2 years. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 41(12), 816–823.
- Krageloh-Mann, I., Horber, V., 2007. The role of magnetic resonance imaging in elucidating the pathogenesis of cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(9), 708–714.
- Light, J., McNaughton, D., 2014. Supporting the communication of people with complex communication needs through AAC: State of the science and future research priorities. *Augmentative and Alternative Communication*, 30(1), 1–34.
- Novak, I., Morgan, C., Adde, L., Blackman, J., Boyd, R. N., Brunstrom-Hernandez, J., Badawi, N., 2017. Early detection of cerebral palsy: systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(2), 139–152.
- Pennington, L., Miller, N., Robson, S., Steen, N., 2009. Communication impairment in children with cerebral palsy: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(6), 425–431.
- Reilly, S., Skuse, D., Warrick, A., 2004. Prevalence of feeding and communication disorders in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 46(11), 751–755.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Jacobsson, B., 2007. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology Supplement*, 109, 8–14.
- Stanley, F., Alberman, E., Badawi, N., 2000. *Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways*. London: Mac Keith Press.
- Volpe, J. J., 2008. *Neurology of the newborn*. Saunders/Elsevier.
- von Tetzchner, S., Martinsen, H., 2000. *Alternatives to speech: Communication aids for people with cerebral palsy and other disabilities*. Jessica Kingsley Publishers.

Координационно разстройство на развитието

Габриела Траянова

Координационно разстройство на развитието (КРР) представлява невроразвитийно нарушение, което засяга способността на индивида да планира и извършва координирани двигателни действия (Zwicker et al., 2017). Среца се при приблизително 5–6% от децата в училищна възраст, като момчетата са от два до седем пъти по-често засегнати от момичетата (American Psychiatric Association 2013). По думите на Bernhart et al. (2003), въпреки високата му честота, КРР често остава недиагностицирано и често се бърка с мързел, липса на мотивация или дори интелектуални нарушения. Децата изпитват затруднение при изпълнението на моторни дейности, избягват физическа активност и се чувстват неуверени в заобикалящата ги социална среда, въпреки че имат запазен интелект и добри зрителни възприятия.

Координационното разстройство на развитието е включено в класификационните системи Diagnostic and Statistical Manual (DSM) и Международната класификация на болестите (МКБ-11) като „разстройство на развитието на координацията“.

Точната етиология на координационното разстройство на развитието все още не е напълно изяснена, но редица изследвания сочат, че то има невробиологична основа. Счита се, че произлиза от нарушения в мозъчната организация и взаимодействието между различни мозъчни структури, особено тези, отговорни за планирането,

организирането, координацията и изпълнението на двигателните действия. (Zwicker et al., 2018).

Ето някои от основните предполагаеми причини:

1. Генетични фактори – фамилна обремененост – често се наблюдава при деца в семейства, където един от родителите е имал координационни затруднения.
2. Нарушения по време на пренаталното и перинаталното развитие:
 - преждевременно раждане преди тридесет и седма гестационна седмица
 - ниско тегло по време на раждане (< 2500 g)
 - хипоксия (недобро кръвоснабдяване и недостиг на кислород по време на раждане)
 - развитието на нервната система на плода по време на бременността може да се повлияе от инфекции, медикаменти, алкохол, наркотици и други токсини
3. Дисфункция в мозъчните механизми отговорни за планирането, организирането и изпълнението на движенията.

В литературата се подчертава, че КРР не се причинява от родителска небрежност, липса на мотивация или интелектуални дефицити (Kirby, Sugden, Purssel 2014). Важно е да се направи разграничение между неврологичната природа на разстройството и социално обусловените затруднения при развитието на детето.

КРР може да се прояви още в ранна детска възраст, но симптомите са по-ясно изразени при постъпване в училище.

Сред характерните признаци са:

- Нарушения във фината моторика – трудности при писане, рисуване, рязане с ножица, откопчаване и закопчаване на копчета, връзване на обувки, боравене с прибори за хранене.
- Нарушения в глобалната моторика – забавено моторно планиране, неправилно разпределение на мускулната сила и некоординирани движения при тичане, скачане, преобличане, преминаване през препятствия.

- Забавяне в невромоторното развитие – късен самостоятелен седеж, късно изправяне и прохождение, нестабилност при каране на колело.
- Невъзможност да се справят с дейностите от ежедневието (напр. обличане, тоалет, хранене).
- Изпитват затруднения да разберат необходимата сила и посока, за да хвърлят предмет или топка към целта.
- Затруднения при позиционирането на тялото и ръцете в оптимална позиция за улавяне на предмет или топка.
- Трудности при усвояването на нови двигателни умения.
- Проблеми с пространствената ориентация – често събарят предмети, блъскат се, изглеждат тремави и неловки.
- Избягват или изглеждат незаинтересовани от задачи, които изискват физическа активност, демонстрират ниска толерантност към разочарование, имат понижено самочувствие и липса на мотивация.

Според Zwicker и Missiuna (Montgomery et al., 2018), КРР често се съпътства от други състояния като дефицит на вниманието със или без хиперактивност (СДВХ), дислексия, тревожност, разстройство от аутистичния спектър, специфични обучителни затруднения и езикови нарушения, което налага мултидисциплинарен екип при диагностика и интервенция. Диференциалната диагноза е много важен етап в оценката, затова е необходимо КРР да се разграничи от: церебрална парализа, нарушения в зрението и слуха, нарушения от аутистичния спектър, интелектуална недостатъчност.

Оценка и диагностика

Диагностиката на КРР не е лесна и изисква интердисциплинарен екип, който включва педиатри, педагози, психолози, невролози, логопеди и ерготерапевти. Целта е да се установи дали детето има значителни затруднения в координирането на движенията, които оказват влияние върху дейностите от ежедневието.

Според Bernhart et al. (2003), диагнозата КРР може да се постави най-успешно на около 5-годишна възраст, когато двигателните умения са достатъчно развити за обективна оценка.

Критериите за диагностициране включват:

1. Значително нарушена координация в сравнение с връстниците.
2. Моторни нарушения, които засягат ежедневните дейности (напр. обличане, събличане, спорт, академични умения).
3. Ранно начало на симптомите.
4. Изключване на други медицински или психични състояния.

Основни методи за оценка

- **Снемане на анамнеза (интервюване)** – основен метод за ефективно събиране на информация относно наличието симптоми, ранното развитие на детето, училищното представяне, минали и придружаващи заболявания, фамилна обремененост, усложнения по време на раждането.
- **Наблюдение** – анализ на поведението, двигателните умения и реакциите в различни ситуации.
- **Стандартизирани тестове:**

Movement Assessment Battery for Children (MABC) е широко използван инструмент за диагностика на двигателните затруднения в цяла Европа за откриване на леки двигателни нарушения. Тестът е базиран на норми, при които детето трябва да изпълни набор от двигателни задачи, следвайки специфични инструкции. Измерват се три ключови аспекта: сръчност, умения за боравене с топка, статичен и динамичен баланс. Може да се прилага при деца между 3 и 16-годишна възраст. Тестът е ефикасен е и не отнема много време, което е добра предпоставка за доброволно участие на децата.

The Developmental Coordination Disorder Questionnaire (DCDQ) – попълва се от родители и оценява ежедневните умения на детето.

Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency – 2nd Edition (BOT-2) е стандартизиран тест използван за оценка на двигателните умения и координацията при деца и младежи от 4 до 21-годишна възраст. Целта е да се направи оценка на финамата и глобалната моторика.

Тестът е структуриран в 4 области, които включват 8 суб-теста:

- ✓ Фина моторика – прецизност, скорост и координация на фините движения;
- ✓ Координация „око-ръка“ – хвърляне и хващане на топка, наизване на мъниста, оцветяване;
- ✓ Баланс и подвижност – стоене на един крак, ходене по права линия, скачане и подскачане, балансиране върху ниска греда, скачане с редуване на краката, извършване на движения с двете ръце едновременно;
- ✓ Сила и бързина – преминаване през препятствия, скок от място, катерене, повдигане на торса от легнало положение, бърза смяна на посоката.

Резултатите от теста се обобщават в следните групи:

- Row Score – брой правилно изпълнени задачи;
- Scaled Score – сравнение с нормата за възрастта;
- Composite Score – комбиниран от няколко субтеста.

Интервенция и педагогическа подкрепа

КРР не подлежи на медикаментозно лечение – интервенциите се основават на терапевтични и образователни подходи, насочени към развитието на практическите умения и повишаване на адаптацията.

Ефективните интервенции включват:

- **Ерготерапия** – ерготерапията играе ключова роля, тъй като се фокусира върху практическото функциониране на детето в ежедневието. Подходът е индивидуален, целенасочен и ориентиран към активното участие на индивида в значими за него дейности. Ролята на ерготерапевта при КРР е да оцени ежедневните умения, да идентифицира областите, които затрудняват детето, като напр. моторно планиране, сензорна преработка, затруднения свързани с фината или общата моторика. След като конкретните области бъдат идентифицирани, се изготвя индивидуален терапевтичен план, базиран на реалните нужди. Фокусът на ерготерапевтичната интервенция е подобряване на моторното планиране чрез трениране на последователни двигателни действия, подобряване на координацията „око-ръка“, развитие на фините моторни умения, като за целта се прилагат занимания с рязане, апликиране, писане, рисуване

и други. Постигане на максимална независимост в дейностите от ежедневието – обличане/събличане, използване на прибори и училищни принадлежности, откопчаване/закопчаване на копчета, връзване на обувки. Подобряване на сензорната преработка чрез използване на различни сензорни игри и включване на седемте сензорни възприятия – вестибуларна, тактилна, зрителна, слухова, обонятелна, вкусова и проприоцепция. Социална принадлежност – развиване на умения за участие в групови игри чрез занимания с други деца.

Ранният и индивидуализиран подход са от ключово значение за успеха на интервенцията. Ерготерапевтите предоставят насоки на родителите за подкрепа у дома и обучават учителите как да адаптират средата за оптимално участие на детето в учебния процес. Съвместната работа определено води до по-добри резултати и подкрепя цялостното развитие на детето.

- **Физиотерапия** – физиотерапевтите играят важна роля интердисциплинарния екип. Техният фокус е върху подобряване на грубата моторика, мускулната сила и издръжливост, баланса, координацията и постуралния контрол. За целта използват различни методи и средства като проприоцептивно нервни мускулно улесняване (PNF), Bobath методика, упражнения за развиване на баланса (баланс гъски, терапевтични топки, подложки), упражнения за развиване на мускулната сила и издръжливост (тежести, ластиси, шведска стена, пътеки за тичане).

- **Когнитивно-поведенческа терапия** – координационното разстройство на развитието оказва значително влияние върху социалното функциониране, физическото и психическото здраве, академичния успех и качеството на живот. Децата с КРР са по-склонни към тревожност, депресия, избягващо поведение и ниско самочувствие. Поради тази причина когнитивно-поведенческата терапия се използва, за да се подобри емоционалното и социалното функциониране. Тази терапия не може да замести ерготерапията или физиотерапията, но ги допълва, като помага на детето да се справи със свързаните с разстройството психосоциални предизвикателства.

- **Индивидуални образователни програми** – включват адаптиране на учебния процес, помощни средства и допълнителна подкрепа в класната стая.

Широко разпространеното схващане, че детето само ще израсте този проблем, е опровергано от редица изследователи (Bernardi et al. 2017; Case-Smith 2002; Henderson, Henderson 2003; Niklasson, Norlander, Niklasson, Rasmussen 2017; Judith M. Peters 2006; Peter H. Wilson et al. 2012). Според Kirb, Sugden и Purcell (2014) успешната подкрепа за деца с КРР включва сътрудничество между семейството, училището и терапевтите. Ранната интервенция може значително да подобри функционирането и самочувствието на децата.

Съвети към родители и учители

Когато детето има двигателни затруднения, наблюдавайте какви стратегии използва, за да преодолее трудностите, а не само крайния резултат, и обърнете внимание как детето взаимодейства с връстниците си.

- Задавайте въпроси – определете дали детето разбира какво се изисква и го подтикнете да помисли за специфични аспекти на задачата и позицията на тяло („Тялото ви в позиция на готовност ли е?“, „Къде трябва да бъдат ръцете ви?“, „Какво се случва, когато отскочи топката по-силно?“).

- Използвайте вербални указания, за да насочвате правилни движения („ръцете нагоре“, „изправени лакти“, „разкратете крака“ и т.н.).

- Анализирайте и адаптирайте задачите – сменете оборудването, (напр. използвайте по-голяма топка или я подавайте по-бавно, променете разстоянието и посоката).

- Малко и често – препоръчително е кратки упражнения ежедневно вместо по-дълги тренировки веднъж или два пъти седмично.

- Степенуване на сложността – подпомага придобиването на нови умения – първоначално опростете задачите и след това постепенно добавяйте сложност.

- Насърчавайте детето да участва в игри и спортове, които са му интересни и му осигуряват ежедневна физическа активност. Препоръчително е да се наблегне на удоволствието от заниманието, а не толкова на уменията или състезанието.

- Детето може да проявява предпочитания към индивидуални спортове и да се представя по-добре в тях (напр. плуване, бягане,

колоездене, ски), отколкото в отборни. Ако случаят е такъв, опитайте да насърчите детето да взаимодейства с връстници чрез други дейности, които е вероятно да бъдат успешни (напр. музика, танци, участие в театрална група).

- Насърчавайте детето да участва в дейности, които ще помогнат за подобряване на способността му да планира и организира ежедневието си – подреждане на масата за хранене, приготвяне на закуска, организиране на раницата за училище. Ако усетите, че детето започва да се фрустрира и изнервя от поставената задача, е редно да му помогнете с конкретни напътствия и насоки. Например задаването на въпроси, които биха му помогнали да се съсредоточи върху правилната последователност на действията („Какво трябва да направиш първо?“, „Какво следва сега?“).

- Разпознавайте и укрепвайте силните страни на детето. Много деца с КРР демонстрират силни способности в области като: творческо въображение, четене, силни умения за вербална комуникация.

- Правилното позициониране при работа на бюро е изключително важно. Краката трябва да са плътно стъпили на пода, масата трябва да е с подходяща височина.

- В училищна обстановка при изпълнението на определени задачи/тестове децата с КРР се нуждаят от осигуряване на допълнително време за реализирането им.

Източници:

- Станева, К., Маринов, Е., 2014. Ерготерапевтични стратегии при деца с координационни нарушения на развитието. В: *Сборник доклади от годишна университетска научна конференция*. В. Търново.
- Тодорова, Л., 2022. *Общи методи за изследване в ерготерапията*. Русе: Русенски университет „Ангел Кънчев“
- Цочева-Генчева, Р., Маринов, Е., 2019а. Координационно разстройство на развитието – проблеми и възможности за рехабилитация. В: *Сборник доклади от годишна университетска научна конференция*. Велико Търново, 264–273.
- Цочева-Генчева, Р., Маринов, Е., 2019б. Координационно разстройство на развитието – непознатата за България диагноза. В: *Сборник доклади от годишна университетска научна конференция*. Велико Търново, стр. 274-284.

- American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. [visited April 19, 2025]. American Psychiatric Publishing. Available at: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Bruininks, R. H., Bruininks, B. D., 2006. *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency*. – *Second Edition* [visited May 19, 2025]. Available at: <https://www.pearsonclinical.co.uk/content/dam/school/global/clinical/uk-clinical/assets/Allied-Health-Campaign-22/OT-Assets/BOT-2-report.pdf?srsltid=AfmBOoprZSWrZrrXymwq1F5Op1iC9O8pbRuaHBFKNYk6IsAL8W3Nttoa>
- Developmental Coordination Disorder Toolkit for Pediatricians, n.d. *BC Children's Hospital Advocacy Toolkit* [visited April 27, 2025]. Available at: <https://www.bcchr.ca/sites/default/files/group-zwicker/therapistsdcdadvocacytoolkit.pdf>
- Cermak, S., Larkin, D., eds., 2002. *Developmental coordination disorder*. Albany, NY: Delmar.
- Geuze, R. H., 2005. Postural control in children with developmental coordination disorder. *Neural plasticity*, 12(2–3), 183–272.
- Kirby, A., Sugden, D. A., 2007. Children with developmental coordination disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(4), 182–186.
- Missiuna, C., Rivard, L., Bartlett, D., 2003. Early Identification and Risk Management of Children with Developmental Coordination Disorder. *Pediatric physical therapy*, 15(1), 32–38.
- Missiuna, C., Rivard, L., Bartlett, D., 2006. Exploring assessment tools and the target of intervention for children with developmental coordination disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(1–2), 71–89.
- Missiuna, C., 2003 *Children with Developmental Coordination Disorder: At Home and in the Classroom*. CanChild, Centre for Childhood Disability Research.
- Movement Assessment Battery for Children, 2024,. Physiopedia [online], November 19 [visited April 27, 2025]. Available from: https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Movement_Assessment_Battery_for_Children&oldid=363203
- Polatajko, H., Fox, M., Missiuna, C., 1995. An international consensus on children with developmental coordination disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 62(1), 3–6.
- Sugden, D. A., Chambers, M. E., 1998. Intervention approaches and children with developmental coordination disorder. *Pediatr Rehabil*, 2(4), 139–147.
- Zwicker, J., Suto, M., Harris, S., Vlasakova, N., Missiuna, C., 2017. Developmental coordination disorder is more than a motor problem: Children describe the impact of daily struggles on their quality of life. *British Journal of Occupational Therapy*. 81(2), 65–73.



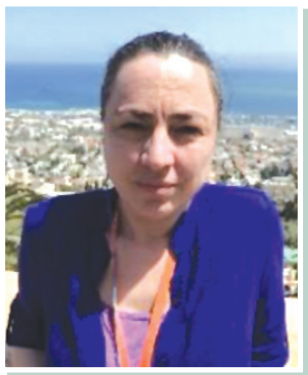
МАРГАРИТА СТАНКОВА е психиатър, магистър по комуникативни нарушения и доцент по обществено здраве в Нов български университет. Интересите ѝ са в областта на нарушенията в развитието, комуникативните нарушения и психичните заболявания.



ЦВЕТА КАМЕНСКИ е доктор на Нов български университет в ПН 7.4. „Обществено здраве“. Тесните ѝ интереси са в областта на психолингвистиката, ранната детска интервенция и превенцията на комуникативни нарушения, билингвизъм и невербална комуникация, както и ролята и развитието на комуникативните умения при деца с разстройства от аутистичния спектър, обучение на родители и работа със семейства.



ПОЛИНА МИХОВА е доцент по обществено здраве в Нов български университет. Завършила е две магистратури – по компютърни технологии в биомедицината и по рехабилитация при езикови и говорни нарушения. Интересите ѝ са в сферата на телемедицината, електронното здравеопазване и дигиталните решения в сферата на логопедичната практика.



ВЕНЕТА ВАСИЛЕВА е завършила психология и логопедия в Нов български университет. Има над 15-годишен опит в работата си с деца с различни затруднения. Работи като терапевт в „Център за терапия на комуникативни и емоционално-поведенчески нарушения“ към НБУ. Интересите ѝ са в областта на езиковото развитие, подобряването на когнитивните функции и терапията на поведенчески затруднения.



МОМЧИЛ БАЕВ е социален работник и магистър по обществено здраве и здравен мениджмънт. Придобива докторска степен по социална медицина и организация за здравеопазването. Доцент по здравни грижи в Нов български университет. Интересите му са в областта на детското развитие, общественото и психично здраве, както и в областта на човешките ресурси в здравеопазването и тяхната работна среда.



МЕЛИНДА ДОБРЕВА е логопед с бакалавърска степен по логопедия от Нов български университет и магистър по медиуми и ПР комуникации. В момента е магистрант по обществено здраве и здравен мениджмънт. Професионалните ѝ интереси са в областта на детското развитие, езиково-речевите нарушения, ранната интервенция, както и в пресечната точка между здравеопазване, комуникации и работа с родители. Част е от екипа на Фондация „Астра Форум“, където работи по здравни програми.



ГЕРГАНА ГЕОРГИЕВА е завършила психология в Нов български университет, където продължава обучението си в магистърската програма по Клинична психология. Работи в сферата на психичното здраве, като специализира в детското развитие, арт терапията и зависимостите. Интересите ѝ са насочени към задълбоченото разбиране на човешкото поведение, връзката между преживяна травма и психологическо функциониране, както и прилагането на творчески и индивидуализирани подходи в терапевтичната работа с деца и възрастни.



СЛАВА ХРИСТОВА е защитила докторска степен по кинезитерапия в ЮЗУ „Неофит Рилски“. Работи като преподавател в СУ „Св. Климент Охридски“ и кинезитерапевт в болница „Софиямед“. Професионалните ѝ интереси са свързани с работата с деца с хронични заболявания, ранната неврология и изграждането на правилни двигателни навици.



ИВАН ЖИНГОВ е завършил медицинска рехабилитация и ерготерапия в Софийски университет „Св. Климент Охридски“ и работи като ерготерапевт. Интересите му са в областта на кинезитерапията и ерготерапията в областта на неврологията.



ГАБРИЕЛА ТРАЯНОВА е завършила бакалавърска програма по кинезитерапия в Медицински университет – София и магистърска програма по ерготерапия в Русенски университет „Ангел Кънчев“. Работи като ерготерапевт с деца от 1- до 7-годишна възраст. Интересите са ѝ в областта на нарушенията в ранното детско развитие – екранна зависимост, хиперактивност, дефицит на вниманието, забавено развитие и разстройства от аутистичния спектър.



ISBN 978-619-233-402-4 (печатно издание)
ISBN 978-619-233-403-1 (електронно издание)