



Петя Красиминова Ангелкова

**ТЕРАПЕВТИЧНИ СТРАТЕГИИ КЪМ ЕМОЦИОНАЛНИТЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ
ПРОБЛЕМИ НА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ**

АВТОРЕФЕРАТ

**на дисертационен труд
за присъждане на образователната и научна степен „доктор“
по професионално направление 1.2. Педагогика
(Специална педагогика – Слухово-речева рехабилитация)**

Научен ръководител:

Проф. д-р Цанка Попзлатева

София, 2018

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от катедра „Специална педагогика и логопедия” на ФНПП към СУ „Св. Климент Охридски” на 24.04.2018
Защитата на дисертационния труд ще се състои на 11.07.2018 от 10.00 часа на открито заседание пред научно жури в състав – проф. д-р Н. Бояджиева, проф. д-р Ц. Попзлатева, проф. д-р В. Кацарска, Доц. д-р К. Дионисива, доц. д-р М. Станкова, в заседателната зала на ФНПП, СУ „Св. „Кл. Охридски”, бул. „Шипченски проход”, 69А

Дисертацията съдържа:

Обем: 217 стр., от които:

207 основен текст,

137 стр. библиография и

9 приложения.

Литература: 59 на кирилица и

78 заглавия на латиница.

Таблицы: 50

Фигури:63

Схеми:4

Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в ,ФНПП, бул. „Шипченски проход” 69А, както и на сайта на университета – www.

Автор: Петя Красимилова Ангелкова

Заглавие: Терапевтични стратегии към емоционалните и поведенчески проблеми на деца и възрастни с увреден слух

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

Обща характеристика на дисертационното изследване

Първа глава

ТЕОРЕТИЧНИ И МЕТОДОЛОГИЧНИ БАЗИ НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ СТРАТЕГИИ КЪМ ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ НА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ

- 1.1. Теоретични представи за емоционалните и поведенческите проблеми в детско-юношеска и зряла възраст
 - 1.1.1. Исторически аспекти в научните изследвания на емоционалните и поведенчески проблеми в детско-юношеска възраст
 - 1.1.2. Психологически теории за психичното здраве и терапията на психичните разстройства
- 1.2. **Методологични подходи и проблеми в изследването на психичното здраве при увреден слух**
 - 1.2.1. Биомедицински подход към психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух
 - 1.2.2. Методологически трудности в избора на изследователски стратегии и инструментариум за емпирични данни
- 1.3. **Общи и специфични, защитни и рискови фактори за психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух**
 - 1.3.1. Влияние на етиологията, характера и степента на слуховите увреждания
 - 1.3.2. Време/възраст на възникване на глухотата
 - 1.3.3. Комуникативни и езикови компетентности в популацията на глухите деца и възрастни
 - 1.3.4. Семейна среда и психично здраве
 - 1.3.5. Образователна среда на децата с увреден слух и психично здраве
 - 1.3.6. Жестов език, психосоциална идентичност и психично здраве
- 1.4. **Психично здраве и класификации на психичните нарушенията в детско-юношеска възраст**
 - 1.4.1. Психологически класификации на емоционалните и поведенческите проблеми в детско-юношеска възраст
 - 1.4.2. Медицински класификации на психичните разстройства в детско-юношеска възраст
 - 1.4.3. Диференциално-диагностична характеристика на емоционалните и поведенчески разстройства в детско-юношеска възраст в ДСН IV-TR, 2000
- 1.5. **Терапевтични стратегии към емоционално-поведенческите проблеми при увреден слух в контекста на DSM-V на психичните нарушения**

Втора глава

ЕМОЦИОНАЛНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ ПРИ УВРЕДЕН СЛУХ (емпиричен дизайн)

- 2.1. **Методология на емпиричното проучване**
 - 2.1.1. Предметна област и методологични подходи на емпиричното проучване
 - 2.1.2. Цел, хипотези и задачи
- 2.2. **Изследователски стратегии**
- 2.3. **Инструментариум на изследването**
 - 2.3.1. Батерия на Акенбах за емпирична оценка на поведението (ASEBA)
 - 2.3.2. Личностни въпросници
 - 2.3.2.1. Въпросник за тревожност на Ч. Спилбъргър
 - 2.3.2.2. Въпросници за тревожност и депресия на У. Цунг
- 2.4. **Статистически методи за обработка на емпиричната информация**
 - 2.4.1. Независими променливи в изследването
 - 2.4.2. Зависими променливи в изследването

Трета глава
ЕМОЦИОНАЛНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ НА ДЕЦА, УЧЕНИЦИ ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ
(анализ на резултатите)

3.1. Общи фактори за психичното здраве в популацията на глухите хора

- 3.1.1. Състояние на психичното здраве в доучилищното детство
 - 3.1.1.1. Обобщен емоционално-поведенчески профил на деца с увреден слух в доучилищната възраст
 - 3.1.1.2. Сравнителен анализ на профилите на психично здраве при глухи/слабочуващи и чуващи деца в доучилищна възраст
 - 3.1.1.3. Междуполови различия в психичното здраве при увреден слух в доучилищна възраст
- 3.1.2. Обобщена характеристика на емоционалните и поведенчески проблеми на глухи/слабочуващи ученици в училищна възраст
- 3.2.3. Обобщена характеристика на емоционалните и поведенчески проблеми на глухи/слабочуващи лица в зряла възраст
 - 3.2.1.1. Профил на психичното здраве на лица с увреден слух в зряла възраст
 - 3.2.1.2. Междуполови различия в психичното здраве на възрастни хора с увреден слух

3.2. Възрастова динамика на рисковете за психичното здраве при вродена/рано придобита глухота

- 3.2.1. Рискове за психичното здраве на деца с увреден слух от ранна и предучилищна възраст
- 3.2.2. Рискове за психичното здраве на ученици с увреден слух от начална училищна възраст
 - 3.2.2.1. Профили на психичното здраве при 6-7 годишни ученици
 - 3.2.2.2. Профили на психичното здраве на 8-9 годишни ученици
 - 3.2.2.3. Обобщена оценка на психичното здраве в начална училищна възраст
- 3.2.3. Профили на психичното здраве при глухи/слабочуващи ученици от средна училищна възраст
- 3.2.4. Профили на психичното здраве при глухи/слабочуващи ученици от горна училищна възраст
- 3.2.5. Сравнителен анализ на възрастовите промени в профилите на психичното здраве
- 3.2.6. Възрастова динамика на емоционалния статус на хора с увреден слух в зряла възраст

3.3. Влияние на специфични за глухотата фактори върху психичното здраве

- 3.3.1. Влияние на специфичните фактори в предучилищна възраст
 - 3.3.1.1. Етиология
 - 3.3.1.2. Степен на слуховото увреждане
 - 3.3.1.3. Тип слухопротезиране
 - 3.3.1.4. Образователна среда
 - 3.3.1.5. Глухота в семейството
 - 3.3.1.6. Ситуацията на учене на жестов език
- 3.3.2. Влияние на специфичните фактори в училищна възраст
 - 3.3.2.1. Етиология
 - 3.3.2.2. Степен на слуховото увреждане
 - 3.3.2.3. Тип слухопротезиране
 - 3.3.2.4. Образователна среда
 - 3.3.2.5. Глухота в семейството
 - 3.3.2.6. Ситуацията на учене на жестов език
- 3.3.3.7. Комункативен начин в общуването със семейството, глухи връстници и чуващи връстници

3.4. Обобщения и дискусия

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
НАУЧНИ ПРИНОСИ
СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

Научните изследвания на психичното здраве при деца и възрастни с увреден слух отдавна установяват по-голяма честота на емоционалните и поведенческите проблеми, в сравнение с популацията на чуващите. От позициите на медицинския подход, доскоро прилаган в психиатрията и специалната педагогика, причините се търсят в индивида - увреден слух, етиология на глухотата, закъсняло овладяване и използване на устната реч. Образователните и терапевтичните стратегии са насочени към подобряване на чуването, усъвършенстване на слухово-речева рехабилитация, овладяване на езикови компетентности и др. Съвременните проучвания показват, че от началото на XXI в. има съществени подобрения във вътрешните характеристики на глухите деца и възрастни, които се дължат на ранно откриване на глухотата чрез слухов скрининг, подобряване на слуховата функция чрез кохлеарна имплантация или дигитални слухови апарати, признаване на жестовия език и субкултурата на глухите общности, въвеждане на билингвистични образователни програми. Въпреки това, изследователите продължават да докладват, че емоционалните и поведенческите проблеми в цялата популация имат по-голяма честота.

Научно-теоретична обосновааност на изследването

През последните 25 години социалният подход в медицинските и педагогическите науки намира все по-широко утвърждаване. Признават се аргументите на психологическите теории, че детерминантите на социо-емоционалното развитие и неговите нарушения са многофакторно обусловени. Това означава, че причините за психичните нарушения се отнасят не само до вътрешните характеристики на растящото дете (биологически и психологически), но и до средата, в която протича неговото развитие. Основната идея е, че стратегиите в превенцията и терапията на емоционалните и поведенческите нарушения трябва да бъдат насочени към овладяване на дезадаптивното поведение чрез промяна на взаимодействията на индивида с неговата конкретна социална среда – семейство, връстници, училищна среда, професионална, културна среда и т.н.

Вродените/рано придобити увреждания на слуха често поставят в риск взаимодействията на детето със социална среда още преди те да бъдат забелязани от родителите или установени от специалистите. Проблемното емоционално общуване с родителите изпреварва непълноценното общуване с езикови средства. Това е предпоставка за поява на емоционални и поведенчески проблеми от най-ранна детска възраст (Шлезингер и Медоу, 2000). Популацията на глухите деца и възрастни обаче не е хомогенна по отношение на рисковете за психичното здраве. Теоретичните изследвания (Браден, 1994, Попзлатева, 2010) показват, че съществуват специфични за глухотата фактори, освен слуха и езика, които могат да имат протекционен или неблагоприятен ефект върху социо-емоционалното развитие. Предполагат се различия не само между глухи/слабочуващи и чуващи лица, но също и значими вътрешногрупови различия. Емпиричната аргументация предполага количествен тип изследване с репрезентативна извадка от деца и възрастни с увреден слух, което много трудно се постига в относително малобройните национални общности на глухите деца и възрастни. От друга страна, научните изследвания на този проблем срещат трудности в избора и прилагането на стандартизиран изследователски инструментариум, поради вариациите на комуникативните компетентности на тази популация. Настоящото дисертационно проучване прави опит да преодолее тези препятствия, което е важно за обосноваване на нуждата от диференциран подход към прогнозата, превенцията и терапевтични дейности.

Научно-приложната обосновааност на изследването

Психичното здраве в детско-юношеска възраст става особен фокус на приобщаващото образование и проблемите с неговата защита са актуални не само за случаите на увреден слух, но и за чуващите деца. Скорошно изследване показва, че при чуващите деца само 25% от случаите на психопатология са идентифицирани, а липсата на специализирана помощ е риск за тяхното задълбочаване в следващите възрастови периоди. Приобщаващите процеси предполагат нов тип

психоконсултативни и психотерапевтични стратегии, съобразени със специфичните комуникативни проблеми и компетентности в междуличностното общуване на растящите деца с увреден слух. Вариациите в профилите на психичното здраве на децата са изходен момент при избора на възрастово специфични възпитателни стратегии в семейната и училищна среда, но от друга страна, те са резултат от тях. В случаите на увреден слух рисковите фактори за психичното здраве са увеличени и психоконсултативните училищни и клинични центрове да разполагат с достъпен и стандартизиран диагностичен арсенал от методи за идентификация и проследяване на граничните и клиничните случаи на емоционално-поведенчески отклонения. Своевременното откриване на съпътстващи глухотата психични нарушения е предпоставка за индивидуално планиране на терапевтичните дейности. Останали без внимание или приписани на глухотата или езиковите особености, тези проблеми повишават вероятността да бъдат задълбочени или да се появят нови психични нарушения със смяната на социалните групи и новия тип взаимодействия с тях (Попзлатева, 1999, 2010). Дисертационното проучване е насочено към апробиране на стандартизирани методи за индивидуална диагностика на психичното здраве, чрез които се извеждат неговите позитивни и негативни характеристики. Заедно с това, извеждането на обобщени психологически профили за възрастово диференцирани периоди от развитието позволява сравнения на индивидуалния статус с този на чуващите или нечуващите връстници.

Общата насоченост на дисертационното проучване е към задълбочаване на познанието за закономерностите в социо-емоционалното развитие и функциониране при увреден слух. Тази проблематика се вписва в предмета на специалната педагогика, която изучава условията и методите за ефективно посрещане на специалните образователни потребности. Съвременният преход от интегриран към приобщаващ тип образование разширява междудисциплинарните връзки на специалната педагогика с медицинските, психологическите и социалните науки, за да осигури холистичен (цялостен) подход към детското развитие чрез новата практика в училище на екипна дейност на специалисти от различни области.

Обект на изследването са защитните и рискови фактори за психичното здраве на деца, младежи и възрастни с увреден слух. Това са условията, които влияят върху адаптацията/дезадаптацията към социалната среда, като стимулират възрастово съответните емоционални и поведенчески умения или са причина за поява на съпътстващи глухотата психични нарушения.

Главният изследователски въпрос е, как се променя конфигурацията от фактори във вътрешната и външната среда, която стимулира социо-емоционалното развитие при увреден слух и тази, която създава рискови условия за психичното здраве. Основната цел е да се проявят факторите, влияещи върху специалните потребности, свързани с психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух.

Проучването е съобразено със следните методологични подходи към психичното здраве и психичните нарушения:

- ✓ Мултифакторен модел на психичното здраве и психичните нарушения
- ✓ Системно-структурен подход към психичното здраве/психичните нарушения
- ✓ Възрастов подход (генетичен) към психичното здраве при увреден слух
- ✓ Конструктивистки подход към психичното здраве и емоционално-поведенческите проблеми при увреден слух
- ✓ Социален подход към появата и диагностиката на психичните нарушения в детско-юношеска и зряла възраст при увреден слух
- ✓ Комплексен терапевтичен подход.

В хода на изследването се поставиха следните задачи:

- Да се планира и направи стратегия за подбор на репрезентативна извадка от цялата страна, в която да бъдат представени лица с увреден слух в широк възрастов диапазон и от различни образователни структури;

- Да се проучи и направи избор на стандартизиран за българската култура психологичен инструментариум за събиране на структурирана емпирична информация относно емоционалните и поведенчески проблеми в детско-юношеска възраст;
- Да се прояви общата картина на психичното здраве при увреден слух в детска, училищна и зряла възраст спрямо изведени нормативи за психичното здраве в чуващата популация;
- Да се проучи влиянието на възрастовия фактор върху профила на психичното здраве, представен чрез система от психологични синдроми и система от нозологичните единици на психичните разстройства;
- Да се проучи влиянието на комплекс от специфични за глухотата фактори върху психичното здраве в предучилищна, училищна и зряла възраст;
- На базата на получената информация за психичното здраве при увреден слух да бъде направено обобщение за актуалните терапевтичните стратегии.

За събиране на емпирични данни е формирана представителна извадка от глухи и слабочуващи лица от цялата страна на възраст от 1г. и 6 м. до 65 г. Базата данни обхваща общо 484 индивидуални профила на психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух. За оценката на индивидуалното поведение е използван новият стандартизиран за български условия диагностичен инструмент - Система на Акенбах за емпирично оценяване на поведението (ASEBA) в детско-юношеския период (Станкова, 2012; Пачолова, Станкова, Тодоров, 2017). Той кореспондира с най-съвременните научни представи за психичното здраве в детско-юношеска възраст и диагностичните критерии на най-новия международен медицински класификатор на психичните нарушения (DSM -V, 2013). Към възрастните лица с увреден слух са приложени стандартизираните форми на личностните въпросници на Spilberger и на Zung.

Резултатите и техният анализ са представени в трета глава чрез три основни параграфа. Емпирични аргументи са систематизирани в съответствие с издигнатите изследователски хипотези. Потвърждава се че:

1). Емоционалните и поведенческите проблеми при деца и ученици с увреден слух са по-силно силно изразени, в сравнение с тази техните чуващи връстници. Това повишава рисковете за поява на психопатологични разстройства и изисква вниманието на специалистите.

2). Възрастовите промени в рисковите и защитните фактори при увреден слух следват общите закономерностите на социо-емоционалното развитие и във всеки възрастов микропериод се наблюдават специфични профили на психичното здраве, което изисква прилагане на възрастово диференциран подход в превенцията, диагностиката и терапията.

3). Популацията на хората с увреден слух не е еднородна. Върху състоянието на психичното здраве действат общи, но също и специфични за глухотата рискови и защитни фактори – етиология, степен на слухов дефицит, комуникативни компетентности, рехабилитационна и образователна среда, слухов статус на семейството, овладяване на жестов език и приобщаване към културата на глухата общност. Съществуват субгрупи, които се отличават със съществено различен по структура и интензивност на симптоматиката психологически профили.

4). Съществува тенденция за ограничаване на емоционалните и поведенческите проблеми в зряла възраст, което показва потенциалът на хората с увреден слух да изградят адекватни стратегии за справяне със стресогенните ситуации в своя живот.

Проведеното изследване апробира научно признат в международните изследвания и диагностичната практика метод за оценка на психичното здраве в популацията на лица с увреден слух. Това повишава надеждността на направените в дисертацията обобщения, но също е стъпка към решаване на важни за училищната и клинична консултативна практиката проблеми за ранното откриване, превенцията, терапията и контрол над възрастовите промени в рисковите и защитните фактори за психичното здраве при увреден слух.

П Ъ Р В А Г Л А В А

ТЕОРЕТИЧНИ И МЕТОДОЛОГИЧНИ БАЗИ НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ СТРАТЕГИИ КЪМ ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ НА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ

Първа глава на дисертацията обсъжда промените в научните представи за психичните разстройства и психичното здраве, под силното влияние на които са изследванията на проблемите при деца и възрастни с увреден слух. В структурата са включени 5 основни параграфа.

Параграф 1.1. „**Теоретични представи за емоционалните и поведенческите проблеми в детско-юношеска и зряла възраст**” проследява в исторически аспект нарастващия интерес на обществото, учените и специалистите към същностните характеристики на психичните разстройства, опитите да бъдат разграничени интелектуалните и емоционалните отклонения в поведението, усилията да бъдат идентифицирани техните разновидности и да бъдат предложени адекватни методи за тяхната диференциална диагностика и лечение.

Фокусът на психиатрите върху „нравственото безумие” при децата насочва техните усилия към търсене на причини и обяснения на тези неинтелектуални форми на патологично поведение. Приема се, че причините са в несъвършенство на биологическите характеристики и за лечението е нужно те да бъдат идентифицирани като устойчиво състояние. В общественото съзнание постепенно се утвърждава идеята, че патологичното поведение на децата и възрастните следва преди всичко модела на биологическата болест. Болестта на духа е болест на мозъка и дефектът винаги има соматична природа. Медицинският поглед, че патологическото поведение се поражда в самия организъм, води до омаловажаване на ролята на социалната средата и взаимодействието на индивида с нея. Опитите за лечение на умствената изостаналост и „нравственото” безумие се оказват твърде безуспешни (Меш и Уолф, 2007).

В началото на ХХ в. вниманието започва да се пренася от потребностите на индивида към потребностите на обществото и хората с психически проблеми започнали да се приемат като заплаха за цивилизацията.

Широкото разпространение на психическите разстройства и тяхната социална и индивидуална значимост официално се признава през 1948 г., когато в Международната класификация на болестите (МКБ-6) за първи път се появява раздел за психически заболявания. Този първи опит е подложен на сериозни критики в медицинските среди и във връзка с това през 1952 Американската психиатрична асоциация предлага друга класификация известна като „Диагностично и статистическо ръководство за психичните заболявания” (DSM-I). След период от 15 г. тя била преработена и преиздадена като DSM-II (1968). В тези първи версии психичните нарушения в детско юношеска възраст не са идентифицирани като различни от разстройствата при възрастните, с изключение на умствената изостаналост и детската шизофрения. Представите за психичните разстройства все повече се задълбочават и се очертава плавна тенденция за преход от медицински към социален модел. Вниманието се пренасочва от вътрешните причини за заболяването към външните фактори, което съществено променя характера на предлаганите терапевтични дейности.

Главен принос за научната аргументация на този преход се признава на теоретично приложните идеи в психоанализата и бихейвиористката психологическа теория, от които произтичат и много съвременните методи за терапия на емоционално-поведенчески разстройства при деца и възрастни.

Психоанализата на З. Фройд предлага нова концепция за причините и лечението на психичните заболявания. Като признава ролята на биологичните потребности, той посочва и нови причини, свързани с преживените психични травми от нарушени взаимодействия със социалната среда в детството. Привържениците на психоанализата разработват редица обяснителни модели за психичните разстройства в детството, които свързват с проблемното взаимодействие „дете-родител” и тяхното възстановяване чрез прилагане на конкретни терапевтични програми. Концепцията за „обектните отношения” на Клайн (2005) интерпретира семейството като социална утроба, източник на психотравми и

разгръща идеята, че още в първата година от живота начинът за посрещане на детските потребности крие рисковете за „психотично“ и „непсихотично“ функциониране в следващите възрастни периоди. Анна Фройд (2009) върху конфликтните преживявания на детето в настоящето и предоставя обяснения за тях в неговите актуални потребности и реални взаимодействия с родителите. Ериксън (1996) задълбочава тази посока със своята концепция за психосоциалното развитие и прави опит за отговор на въпросите, как именно във взаимодействие със социалните общности децата развиват своето чувство за идентичност, как те се учат да съществуват във все по-широки социални групи, как изграждат Аз-концепция, регулираща тяхната позицията на продуктивни и самоуважаващи се членове на обществото. Теорията за „свръхкомпенсацията“ на Адлер (1997) също убеждава, че психичното здраве при физически, сензорни или езикови дефицити е по-силно зависимо от семейството и широкия социален фактор, отколкото от самия биологичен проблем.

В рамките на бихейвиористката теория се появява друго ново обяснение на психичните разстройства и тяхното лечение. Учението на И.П.Павлов (1900) за класическия условен рефлекс, теорията за емоциите на Дж. Уотсън (1920) и моделът на оперантния рефлекс на Б. Скинер (1938) са в основата на твърдението, че устойчивите отклонения от типичното поведение са *резултат от пряко въздействие на неблагоприятни условия в обкръжаващата среда на човека, които регулират неговото поведение*. Разкриват се възможности за модифициране и управление на поведението от най-ранна възраст. Върху тези теоретични позиции е разработена терапевтичната система „Приложен поведенчески анализ“, която прилага принципи на позитивно и негативно подкрепление, потушаване и наказание на неприемливото поведение. В рамките на бихейвиоризма възникват и теориите за социалното учене чрез подражание и чрез наблюдение на чужди поведенчески реакции. От тях произтичат нови терапевтични стратегии, насочени към промяна на умствените представи и психологични функции, които регулират поведението и преработват информация. Теорията на Боулби поставя във фокус развиващите се отношения между новороденото и родителите, дефинирани като емоционална привързаност, която помага за изграждане на самоконтрол над поведението и емоционалните реакции, особено в ситуации на стрес или опасности. Значението на социалната среда получава добра аргументация и в екологичния модел на Бронфенбергер (2000), който дефинира няколко равнища в нея със специфично влияние върху психичното здраве/болест на развиващото се дете.

Безспорен е приносът на конструктивистките теории за съвременната интерпретация на психичните разстройства в детско-юношеска и зряла възраст, които аргументират тяхната причинна обусловеност от взаимодействието на биологичния, психологичния и социалния фактор и изясняват механизмите на тези интеракции от различни аспекти. Невроконструктивисткият подход към развитието отхвърля традиционната позиция за предварително закодирана в гените информация, която предопределя възрастните промени в мозъчните структури, психиката и човешкото поведение. Концепцията за „вероятностната епигенеза“ на Gottlieb (2002) аргументира, че от най-ранното детство развитието на сложната система „мозък – психика - поведение“ е с вероятностен характер и може да премине през различни пътища и да достигне различни крайни състояния. В когнитивната конструктивистката теория на Пиаже причините за интелектуалното развитие са представени като комплекс от взаимодействащи си фактори на биологичното съзряване, практическия и социалния опит и когнитивните процеси на детето, а интелектът – като средство за социална адаптация. В традициите на социално историческата конструктивистка концепция на Виготски взаимодействията между детето и социалната средата в междуличностното общуване и съвместните дейности с възрастния са главен източник за появата на прогресивни и устойчиви форми на поведение с адаптивен характер. Конструктивистките теории обогатяват представата за психичното разстройство с контекста на развитието. Човешкото развитие е представено като системно организиран процес, в който уменията и недостатъците, наблюдавани в даден момент или възрастов стадий, са следствие от постигнатото в предишния стадий. На свой ред постигнатото в актуалния стадий определя перспективата на по-нататъшното развитие и адаптация. Това означава, че освен границата между нормално и патологично

поведение на детето следва да бъде анализирана времевата връзка между наблюдаваните проблеми в предишния стадий и проблемите в актуалния момент.

Съвременната психопатология на развитието отчита не само симптоматиката на неадекватното поведение, но също и това, доколко децата преминават успешно етапите на типичното развитие. Знанията за задачите на развитието в обособените възрастови стадии позволява да бъде оценено както естеството на емоционално-поведенческия проблем и причините за него, така и позитивните характеристики, потенциалите на детето да се справи с проблемите в следващия стадий на развитието.

В параграф 1.2. **„Методологични подходи и проблеми в изследването на психичното здраве при увреден слух”** са систематизирани теоретични и емпирични изследвания на психичните разстройства при деца и възрастни с увреден слух, които следват общия преход от медицински към социален модел. Почти до края на ХХ в. проблемното поведение в популацията на глухите хора се свързва директно с причини, които са вътрешни характеристики на индивида – биологически фактори, липса на слухов вход и контрол, проблемно езиково функциониране. Въз основа на това в методологията на психологическите изследвания доминират главно сравнителни изследвания на глухи и чуващи извадки, насочени главно към негативните ефекти от действието на независимите променливи слухови умения и езикова компетентност. Усилията на обществото са насочени към изучаване на етиологията на глухотата, към разширяване на слуховия вход чрез нови биомедицински технологии, към създаване на специални условия за развитието на компетентностите в устен език и повишаване на образователния статус в системата на специални училища за деца с увреден слух. Въпреки тези усилия на обществото специалните проучвания НЕ регистрират особено подобрение в психичното здраве на децата и възрастните с увреден слух.

На база обширен мета-анализ на научно-психологически изследвания, провеждани до 70-те години на ХХ век, Lane (1988) обобщава очертания в специализираната литература негативен личностен профил на глухия човек. В него се вписват следните квалификации:

- **Социални характеристики:** асоциален, зависим от близките, лековерен, непослушен, зависим, незрял, безотговорен, изолиран, морално неразвит, срамежлив, покорен, податлив на внушение, несоциализиран и др.;
- **Когнитивни характеристики:** бедно концептуално мислене, изпълнен със съмнения, егоцентричен, с беден вътрешен свят, без интроспекция, без език или с беден език, наивен, с ограничена логичност, с бедно самоосъзнаване, хитър, глупав и др. подобни.
- **Поведенчески особености:** агресивен, двуполов, съвестен, хедонистичен, незрял, импулсивен, без инициативен, с ограничени интереси, със забавено двигателното развитие, личностно неразвит, с некоординирана походка, инат, подозрителен, неуверен и др.
- **Емоционални характеристики:** тревожен, депресивен, емоционално неадекватен, емоционално незрял, несъпричастен, експлозивен, раздразнителен, емоционално нестабилен, нервен, параноялен, психотимен, темпераментен, безчувствен и др. (по Попзлатева, 2010).

Става ясно, че обяснителният потенциал на биомедицинския модел на психичните разстройства е твърде ограничен, тъй като не отчита ролята на социалните детерминанти, като негативни социални диспозиции към глухите деца и възрастни, прилаганата в образованието педагогическа философия на устния метод, откъсването от семейството и интернатния тип образователна система, наложената забрана да се използва жестов език и др. Това води до неефективни стратегии за превенция и терапия на психичното здраве, които предлага обществото на този етап.

Подпараграф 1.2.2. Методологически трудности в избора на изследователски стратегии и инструментариум за емпирични данни

Текстът обсъжда проблемите, свързани с провеждане на количествен изследвания с репрезентативни извадки от глухи и слабочуващи лица, както и използването на стандартизиран за дадената културна общност стандартизирани психологически инструменти с изведени нормативни оценки. Във връзка с този проблем в края на XX в. се полагат сериозни усилия за адаптиране на разработените структурирани оценъчни въпросници за чуващата популация и да бъдат уеднаквени, както условията за събиране на данни, така и критериите, по които се извършва анализа и оценяването.

Във връзка с този проблем в края на XX в. се полагат сериозни усилия за адаптиране на разработени структурирани оценъчни скали за чуващата популация и да бъдат уеднаквени, както условията за събиране на данни, така и критериите, по които се извършва анализа. В тази насока сериозно постижение е опитът за прилагане на Батерията на Акенбах за емпирична оценка на поведението (Achenbach, 1997), която е изградена на съвременна теоретична основа и е добре стандартизирана за измерване на детско-юношеската симптоматиката на психични нарушения в общата популация. Попзлатева (2010, с. 57-58) цитира редица сравнителни изследвания на глухи и чуващи извадки деца и юноши, проведени с този психологически инструмент, който включва възможност за прилагане на един или няколко от включените в него оценъчни въпросници.

Van Eldik (1994) прилага Поведенческия въпросник за родители (CBCL) на 41 глухи момчета в Дания на възраст от 6 до 11 години, които посещават специално училище. Установява се, че 12% от тях имат проблеми с психичното здраве, което не е съществено различно от ситуацията при чуващите връстници.

Furstenberg and Doyal (1994) прилагат Форма на учителските доклади (TRF) при 63 младежи с увреден слух на възраст от 11 и 21 г., обучавани в различни образователни среди – специално и масово училище. Те също установяват, че относителният дял не е по-висок от чуващата популация.

От родителски доклади (CBCL) на 84 глухи деца на възраст от 2 г. до 18 години, от специални училища, Vostanis et al. (1997) обобщава съществено различни резултати. Емоционални и поведенчески проблеми се срещат при 40% в гранична или клинична степен. Проверява се също влиянието на компетентността в жестов език и се установява, че липсва статистически значимо влияние.

MacKay & Trehub (1993) и Musselman, MacKay et al. (1996) в САЩ адаптират Самооценъчния доклад за младежи (YSR) с Американски знаков език и осигуряват семантична достъпност за глухи младежи, които ползват жестов език и имат по-ограничени четивни компетентности. Изследователите измерват надеждност, сравнима с тази на оригиналната форма на YSR. Резултатите показват, че емоционалните и поведенческите трудности са много повече при глухите (51%), в сравнение с контролната група от чуващи (29%).

В ново изследване в Дания Van Eldik (2001) прилага Самооценъчната скала за младежи (YSR) на Achenbach в сравнително изследване с 11-18-годишни чуващи и слухово увредени младежи, без допълнителни увреждания. Извадката е представителна и включва 370 нечуващи младежи. Резултатите показват значимо по-голям брой и по-често повтарящи се психологични проблеми при младежите със слухови проблеми, както вътрешни емоционални (интернализирани), така и външни поведенчески (екстернализирани) проблеми. Резултатите показват, че 39% от младежите и 34% от девойките са на гранично или клинично равнище. Около 40% от са интернализиран тип проблеми. Поведенческите разстройства имат лек превес при момчетата - 30%, в сравнение с момичетата - 26%. Влиянието на степента на слуховия дефицит също е проверена и се установява по-висока честота на поведенческите нарушения при глухите - завишени показателите за агресия, в сравнение със слабочуващите..

Подобряването на психологическия инструментариум за клинични и изследователски цели с глухи пациенти намира израз и в опитите за стандартизация на и утвърдени в клиничната практика скали за депресия. Попзлатева (2010) цитира подобни опити и проведени изследвания с Депресивната скала на

Beck (BDI), която е адаптирана и стандартизирана за глухи младежи и възрастни от Leigh и др. (1989), Проведеното проучване с въпросника установява, че сред глухите младежи има повече случаи на лека депресия, в сравнение с чуващите им връстници.

Marcus (1991) прилага преводен вариант с американския жестов език на Депресивната скала на Beck (BDI-R) и установява, че 29% от глухите попадат в умерена, а 35% в тежка степен на депресия. Не се извеждат значими различия между средните величини, получени по оригиналния BDI, ревизирания BDI-R и скалата на Hamilton за депресия, което е показател за надеждност и валидност.

Подобряването на инструментариумът за емпирична оценка на психичните разстройства в популацията на хората с увреден слух е сериозна крачка напред за обективната преценка на психичното здраве и организиране на индивидуални терапевтични стратегии. Заедно с това обаче горепосочените примери показват, че изследователската стратегия на сравнителните изследвания на глухи и чуващи извадки и стремежът за глобални обобщения за присъщи на нечуващата популация синдроми или рискове не е ползотворна. Резултатите са противоречиви, а това означава, че липсата или нарушения слух не е единствен и вероятно не е водещ рисков фактор за психичното здраве в популацията.

Параграф 1.2.3. Съвременни методологични стратегии в организацията на емпиричните изследвания на психичното здраве при деца и възрастни с увреден слух

Под влияние на напредъка в психологическото познание за взаимодействието на социалните и биологичните фактори, на вътрешните и външните условия в развитието, както и утвърждаващите се позиции на био-психо-социалния подход към психичното здраве, настъпват сериозни промени в изследователската методология, прилагана към емоционалните и поведенческите проблеми при увреден слух. Х. Шлезингер и Медоу (2000) за първи път поставят въпросът, дали липсата на звукова информация и комуникацията на глухите деца и възрастни, опосредствана от език в звуково-артикулационна модалност сама по себе си създава предразположение към традиционно посочваните негативни поведенчески структури или ранната глухота провокира особени взаимодействия със социума, които са решаващи за емоционално-поведенчески специфики и дефицити.

Авторите провеждат първото изследване, което променя посоката на изследователските стратегии и насочва вниманието към възможните вътрешно групови различия в емоционално-поведенческите характеристики на глухите деца и възрастни. Предполага се, че тези различия са провокирани от различния тип взаимодействия със социалната среда, които се установяват в общата популация на децата и възрастните с увреден слух. Тази стратегия се опира на теоретичните бази в концепцията на Е. Ериксон (1968) за психосоциалното развитие, неговия стадиялен характер с възрастови задачи и кризи, запазила своята актуалност до наши дни.

В рамките на психосоциалната теория на Е. Ериксон клиничните психолози Шлезинджър и Медоу (1972) анализират психо-социалното развитие на слухово увредените деца. Те установяват, че изходът от всяка криза е тясно свързан със действието на няколко специфични фактора - степен на слуховата недостатъчност, време на възникване на слуховото нарушение, социални и индивидуални ресурси на детето. Успехът във всеки стадий се определя от наличието на значими, реципрочни и дълбоко позитивни взаимодействия със социалната среда. През първите три фази авторите описват три качествено различни модела в развитието на нечуващите деца. Първият модел се отнася до най-обемистата група - глухи деца с чуващи родители. Отбелязва се наличие на информационен дефицит и импровизираност при "храната за мисълта" на глухите бебета, пречатстващи задоволяването на когнитивните потребности. Човешкият глас, с неговите емоционални характеристики, е изолиран напълно или частично, което се отразява негативно. Чувството за доверие е относително вероятен изход, но се постигне чрез активно използване на невербалните средства - усмивка, допир, контакт с очи. Условията на развитие на тези деца стават значително по-неблагоприятни във втория стадий, когато ролята на символната и лингвистичната комуникация нараства. Вероятността за неуспех утвърждаването на

чувство за автономия се определя от задръжката на езиковото развитие, от непълноценните комуникативни умения, недостатъчно реципрочната връзка “родител-дете”. Типични за слухово увредените деца във тази възраст са биполярните поведенчески структури. Една част от тях се проявяват като крайни послушни, покорни, докато други са крайно девиантни, своенравни, импулсивни. Негативното отражение на нарушените комуникативни способности се засилва през следващите критични фази, когато се изгражда чувство за инициативност, увереност в собствените способности, самоидентичност и т. н.

Вторият модел, описан от Х. Шлезинджър и К.Медоу, се отнася до глухите деца на глухи родители. От ранно детство тези деца боравят с американския жестов език като с матерен език. Целесъобразната комуникация с родителите създава предпоставки за значително по-успешно преминаване на “кризите” и предотвратяване на биполярните поведенчески стилове.

С най-позитивни характеристики се представя третия модел на развитие. Той се демонстрира от глухите деца с чуващи родители, които използват в комуникацията както словесна реч, така и жестов език. Установява се, че общуването на детето с родителите, връстниците, учителите и др. възрастни е значимо и реципрочно, а това ограничава вероятността за поява на когнитивни, емоционални и поведенчески дефицити в развитието.

Обобщенията на авторите са, че възрастовият фактор задава структурата на потребностно-мотивационната сфера по един идентичен начин при чуващи и глухи деца, на съществуват значими различия в социалната среда, която посреща тези потребности и организира възрастово съответни дейности за тяхното удовлетворяване. Глухите деца на глухи родители се оказват с психологически профили, близки до чуващите връстници и честотата на психопатологични разстройства е по-ограничена в сравнение с другите глухи връстници. Условието за изграждане на компенсаторни езикови умения в алтернативния визуален език (жестов език) също са различни, а той се оказва фактор, нормализиращ междуличностните интеракции и осигуряващ смислени взаимодействия от най-ранна възраст с първата социална среда - семейството.

През 1985 на симпозиум в САЩ специалистите открито се обединяват около необходимостта от научни изследвания в области, които разкриват специалните способности на глухите хора, а не само техните дефицити. Традиционният проблем на глухотата е свързан с комуникативните способности и формирането на устна реч е важно за всекидневните контакти и професионалния живот, но не гарантира решаване на всички проблеми и особено тези, които се отнасят до психо-емоционалната адаптация, формирането на самоидентичност на личността и превенция на психичното здраве ((Попзлатева, 2008).

1.3. Общи и специфични фактори, защитни и рискови фактори за психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух

Научните изследвания показват, че в началото на XXI век се забелязва подобряване на слуховата функция, говорните способности, концентрацията и устойчивостта на вниманието, езиковата компетентност, вербалната интелигентност, емоционалната стабилност и социалния статус в популациите на деца и възрастни с увреден слух. Това отразяват драматични промени в рехабилитационния и терапевтичен ефект на редица социални фактори. Според Попзлатева (2008, 2010) фундаменталните постижения и реалностите, които променят перспективите за психосоциална интеграция и подобряване на психичното здраве могат да се представят в няколко главни направления:

- Скрининг изследвания на слуха при новородените и програми за ранна рехабилитация;
- Медицински и технологични постижения, подобряващи комуникация;
- Интегриран тип образование;
- Жестов език и култура на Глухите;

Тези промени се вписват в общата конфигурация от специфични за глухотата биологични, психологични и социални защитни/рискови фактори, които се очаква да влияят диференцирано върху психосоциалното развитие и психично здраве. Към тях се отнасят следните категории:

- ✓ Етиология, характер и и степен на слуховото увреждане;
- ✓ Време на възникване на глухотата;
- ✓ Време на диагностициране и начало на рехабилитация;
- ✓ Комуникативни и езикови компетентности
- ✓ Семейна среда
- ✓ Социално-педагогическа среда (върстници и училище)
- ✓ Социо-културна среда и психосоциална идентичност

Специфичните фактори действат в различна констелация помежду си и това е основание популацията на глухите да бъде разпозната като хетерогенна. От една страна, този научен факт обяснява неуспехите на научните изследвания, които използват стратегията за сравняване на глухи и чуващи, а от друга – задава изискване за предлагане на нов експериментален дизайн в психологическите изследвания на психичното здраве. Съвременният експериментален дизайн разширява спектъра на сравняваните групи. От доминиращите сравнения на глухи и чуващи изследвани лица се преминава към сравняване на субгрупи от глухи индивиди и търсене на вътрешно групови различия. Специфичните за глухотата вътрешни и външни фактори, се приемат за независими фактори в изследванията от количествен тип, които търсят статистически обосновани изводи за тяхното влияние върху емоционалните и поведенческите проблеми в общата популация. Става възможно да бъде събиран и анализиран емпиричен материал, който аргументира различията в подгрупите на глухата популация и създава условия за разработване на диференцирани превантивни и терапевтични стратегии към емоционално-поведенческите проблеми.

1.3.1. Влияние на етиологията, характера и степента на слуховите увреждания

Изследователите откриват основания за твърдението, че етиологията на глухотата може да оказва значимо влияние върху психичното здраве, поради установените две основни групи причини - медицински травми и генетични фактори. По цитирани от Braden (1994) данни, глухите хора често загубват слуха си поради медицински причини - майчина рубеола (12%), менингити (7%), преждевременно раждане (4%), усложнения на бременността (3%), отити (3%) и др.. В тези случаи, глухотата не е единствената последица от медицинския проблем и в редица случаи се наблюдават и други увреждания. Посочват се данни, че около 17,8% са допълнителните увреждания сред вродената глухота, 22, 5% в случаите на глухота след детски менингити, 38,6% при случаите на майчина рубеола, 42% сред последствията от отитите. Установява се, че соматичните увреждания (зрителни, мозъчни, ортопедични) се срещат при 15% от цялата популация с увреден слух, докато когнитивните и емоционалните нарушения при 21,3 %. Тези факти показват, че при една значителна част от глухите деца още в ранна възраст биологичните условия създава повишен риск за поява на емоционално-поведенчески проблеми.

Генетичната глухота се оценява приблизително при 50% от популацията в специално организирани проучвания, въпреки че в много случаи тя остава скрита от специалистите и родителите (Braden ,1994). Това се отнася особено за случаите на автосоматични гени на родителите, които продуцират глухота, без предишно раждане на глухо дете или наличие на такова в рода. Един от най-важните фактори, свързани с психичното здраве при генетичната глухота, е че тук случаите на мултиморбидност или коморбидност с психични нарушения са много по-редки от тези при придобитата глухота по медицински причини.

Международната класификация на болестите (МКБ-10) определя тежестта на слуховите нарушения в шест категории:

- ✓ леко слухово увреждане - 26 – 40 dB (за деца 20-40 dB)
- ✓ умерено слухово увреждане - 41 – 55 dB;
- ✓ умерено тежко - 56 – 70 dB;
- ✓ тежко - 71 – 90 dB;
- ✓ дълбоко - над 90 dB;
- ✓ тотална загуба на слуха – липса на реакция на акустични стимули.

От психолого-педагогическа гледна точка състоянието на слуховата функция се определя според възможностите да се възприеме устната реч. С голяма популярност се ползва класификацията, която обособява децата с вродени или рано придобити увреждания на слуха в две основни групи - глухи и слабочуващи. Глухите деца са тези, при които активна реч не се появява спонтанно. Въпреки че много от тях могат да възприемат силни звукови стимули, реч с нормална, разговорна сила не се възприема. От друга страна, като слабочуващите се дефинират тези, при които се появява спонтанно реч, независимо че е с много недостатъци. Обособените подгрупи на глухи и слабочуващи деца имат различен потенциал за овладяване на устния език и съответно към тях се прилагат диференцирани стратегии на слухово-речева рехабилитация и езикова терапия. Слабочуващите деца (20 - 70 дБ) са в състояние да използват своите слухови остатъци в говорна комуникация с родителите, но езиковите правила на фонологията, лексиката, граматиката и прагматиката се учат трудно, поради ограничения езиков вход и промененото качество на речевата информация.

1.3.2. Време или възраст на възникване на глухотата

Според възрастта на поява и степента на слуховото увреждане популацията се разделя на предлингвално и постлингвално оглушали. Границата е дискуссионна, но обикновено се приема 2-3 годишната възраст. Предлингвалната глухота обхваща случаите на вродена глухота и придобита до в периода до 2-3 годишна възраст. В тези случаи слуховото увреждане силно повлиява изграждането на базови речеви умения и предпоставки за овладяване на устния език. Периодът на оглушаване след 3 годишна възраст се приема за по-благоприятен по отношение на придобиването на комуникативни умения в устен език, но е по-рисков за психичното здраве. Психологическите изследвания установяват качествено различни профили когнитивни и психосоциални профили при рано оглушали и къснооглушали деца с увреден слух. Ако първите не научават съвършено говоримия език, то вторите - трябва да се научат да адаптират своите умения и да усвоят умения за комуникация. Те се научат да използват по нов начин съхранените сетивности, да приемат факта, че не могат повече да чуват гласовете или звуците на света. Психотравмените ситуации в тези категории са високо честотни, но с различен характер. Това предполага на по-рисковее за поява на различни емоционални и поведенчески проблеми.

1.3.3. Време на диагностика на слуховото увреждане и начало на медицинската и психолого-педагогическата рехабилитация

В края на XX век в много региони на света системата за **слухов скрининг** на всички новородени бебета (до 6-та седмица) се утвърждава като реална практика. Ранната диагностика на слуховите нарушения, ранното слухопротезиране (от 3-я месец) и ранната рехабилитация закономерно променят характера на общуването между глухите бебетата и техните родители, както и условията за по-нататъшното развитие на мозъка, за активизиране на компенсаторните механизми на различно равнище в психическото функциониране, за поява на възрастово съответните форми на поведение. Съществуват данни, че психологическият профил на идентифицираните с ранен слухов скрининг глухи деца все повече се доближава до този чуващите връстници и се отдалечава от профила на по-късно диагностицираните деца с увреден слух.

Сравнително изследване на Николаева (2004), насочено към зависимостта психическото развитие от началото на слухо-речевата рехабилитация показва, че равнището на общото *психофизическо развитие* на 2-2,5-годишните глухи деца, с изключение на речта, е близко до нормата. Типични особености на *социалното развитие и предметно-практическата дейност* в тази възраст са експресивно-мимически и предметно-действени средства за общуване, голяма зависимост от възрастните в бита, малка активност по отношение на възрастните и връстниците, неустойчивост на настроението, преобладаване на предметни действия и манипулации в самостоятелната игра. Сходни са и характеристиките на физическото развитие на глухи и чуващи деца във тази възраст – добро равнище на движения като ходене, бягане, подскачане, но малка амплитуда, несъгласуваност на движенията на ръце и крака, неловки движения като цяло. Във следващия момент от развитието - от 2,5 до 3 годишна възраст, обаче ясно се открояват различия между нечуващите и чуващите деца по всички основни линии на развитието. Децата с увреден слух изостават и са по-близко до психофизическите норми на предишната 2-2,5 годишна възраст. На базата на експерименталните данни Николаева (2004) извежда **варианти на общото психофизическо развитие** към 3-годишна възраст:

- „*Хармонично развитие*” - Постиженията по всички основни линии са високи, а при някои се изпреварват по темп нормите (20% глухи и 68% чуващите деца).
- „*Изоставане в психофизическото развитие*” - Изоставане по всички основни линии на развитието След медицинско обследване се установяват леки признаци на вътрешночерепна хипертензия (20% глухи и 12% чуващи).
- „*Неравномерно психофизическо развитие*” - По едни линии се постигат високи резултати, а по други се изостават (60% от нечуващите и 20% чуващите).

Николаева обобщава, че хармоничното и неравномерното психофизическо развитие не зависят от степента на слухова загуба, но създават различни предпоставки за използване на слуховите остатъци и овладяване на комуникативни способности. Така за децата във възрастта от 2,5 -3 години е важно да се стимулира психическото функциониране по всички основни направления чрез достъпните средства за комуникация. Включването в програми за ранна интервенция създава предпоставки за по-ефективно разгръщане на интелектуалните и комуникативните потенциали в следващите възрастови етапи (по Попзлатева (2010) .

1.3.4. Комуникативни и езикови компетентности в популацията на глухите деца и възрастни

Комуникативните и езиковите компетентности в популацията на глухите деца безспорно са съществен фактор за реализирането на смислени и пълноценни взаимодействия със социалната среда. Основният стремеж и обществените нагласи са за постигане на оптимални компетентности на всички глухи деца в използването на устния език за посрещане на техните социални потребности. В този аспект има две важни научни постижения, които са свързани с подобрените условия за овладяване на езика като средство за комуникация, но и средство за мислене и личностна идентичност. Първото е свързано с ефектите от новата медико-технологична възможност да се осигури вход за звечащата реч чрез кохлеарна имплантация, а втората е възможностите да се подобрят условията за изграждане на билингвистични компетентности в устен и жестов език.

Кохлеарната имплантация създава редица позитивни очаквания за училищна интеграция, семейната и професионална реализация в чуващия свят или най-общо за по-добро качество на живот на децата и възрастните. Адекватното използване на слуховата информацията от импланта обаче е сложен процес, който зависи от типа слухова загуба, възрастта на индивида, езиковия опит, социална среда и др. Има данни, че в момента около 25-30% от глухите деца с КИ не постигат високо равнище на комуникация чрез устен език и се нуждаят от специално обучение като глухи деца и от алтернативни комуникативни средства и способности (Spencer & Marschark, 2003, Попзлатева 2007 и др.).

Според Power (2005) главен източник са противоречията в позицията относно потенциала на КИ за нормализиране на глухите индивиди в личностен, социален и педагогически план. Авторът отбелязва доминиращите в момента позиции на медицинския модел, който приема че КИ лекува глухотата и отхвърля необходимостта от ползване на жестовия език, като възпрепятстващ устната реч. Привържениците на социо-културния модел остро критикуват публикации, в които глухотата се представят некоректно и е лансирана грешната концепция за имплантите като средство за превръщане на глухите хора в чуващи. Защишава се тезата, че имплантите не премахват глухотата и затова следва да се разглеждат в контекста на технологичните постижения, които подобряват качеството на живот на глухия човек, подобно на слуховите апарати. Ползите от импланта се признават, но позицията за ограничаване на жестовата комуникация и среда категорично се оспорва. Приема се, че според потребностите в развитието следва да се осигури достъп до алтернативни средства за общуване, както и контакти с други глухи хора. Това ще ограничи рисковете за психичното здраве и имплантите ще се интерпретират като помощни средства без да нарушават психо-социалната идентичност на личността.

Актуална област в проблематиката на специалните потребности на хората с увреден слух е тази, която е свързана с възможностите и ролята на **жестовия език и културата на Глухото общество** в невропсихологическото и социоемоционалното развитие, в образованието и социализацията на личността. Краят на ХХ век се свързва с революционни научни обобщения в психолингвистиката, изведени от сравняването на жестовите и говоримите езици. Изследванията върху жестовия (знаков) език на глухите хора доказват съществуването на лингвистични системи, предавани от поколение на поколение, които не произтичат пряко от говоримите езици. Обосновава се фактът, че жестовият и говоримият език са изключително близки на най-дълбинно равнище (Попзлатева, 2008)

В сферата на образованието се предлага билингвистична концепция, която успешно се реализира в някои държави от края на ХХ и началото на ХХI век. В нея се приема се, словесният език в неговата устна и писмена форма се овладява успешно от глухите деца само при добра компетентност в жестовия език.

Много деца не се научават лесно да говорят и огромните усилия за интеграция чрез форсиране на речта често провокират опозиция. Една част от глухи тинейджъри отхвърлят слуховите средства и се насочват към обществото на глухите, освободени от напрежението и за втори път шокират своите родители.

1.3.5. Семейна среда и психично здраве

Ранната патология на слуха съществено променя традиционните взаимодействия между *родител-дете*. Това крие рискове за *психотравматични ситуации, които засягат всички членове на семейството*. Според Braden (1994) контекстът на развитие на глухите деца се различава не само от този на чуващите, но се наблюдават съществени вътрешно групови различия при семейства на глухи деца с чуващи родители, семейства с глухи деца с чуващи родители и друго глухо дете, семейства на глухи деца с глухи родители. Тези три условия са предпоставка за възникване на различни по характер психотравматични ситуации и диференцирани стратегии за превенция на психичното здраве.

Downes (2009) посочва, че за разлика от чуващите деца, емпирична проверка на теорията за привързаността на Боулби не е организирана за глухите деца. Семейства с глухи деца често получават непоследователна консултативна подкрепа, което има неблагоприятно въздействие върху привързаността на родител-дете. Основната причина е липса на подходящи инструменти за изследване и диагностика. Downes (2009) адаптира „The Manchester Child Attachment Story Task (MCAST)” и стандартизира нов картинен метод за изследване на привързаността при глухи деца – „Deaf Child Attachment Story Task (DCAST)”. В организираното емпирично проучване на тази изследователка с увреден слух участват 18 глухи деца на възраст 3-9 г. и установява, че при 50% от взаимодействията „глухо дете – родител” привързаността е в риск, а при 50% е защитена. Това се различава от нормите за чуващите деца. Сред защитните фактори са не повлиян от комуникацията семеен живот, уверено дете,

дете с глухи и с чуващи приятели. Като рискови фактори се появяват трудности с комуникацията и проблеми с поведението на детето.

От позицията на психологически теории нарушените връзки дете-родител имат потенциал да провокират депресивна симптоматика в по-късните етапи от живота. Leigh (1989) изследва родителската връзка на глухи и чуващи студенти, за да проучи влиянието на семейния климат с депресивната симптоматика. Резултати показват, че в двете групи скалата „Грижа“ е в негативно корелация, а скалата „Свърхпротекция“ е в позитивна корелация с депресията. По-късно Leigh & Anthony (1999) изследват зависимости между качество на комуникацията с двамата родители и депресията в извадки от глухи студенти и клинично депресивни възрастни глухи, като използват BDI-R и Скалата за родителска връзка. Установяват, че високите стойности по Скалата за депресия са в статистически значима позитивна корелация с лоша грижа на майката или с прекомерна загриженост и на двамата родители (цит. по Попзлатева 2010).

Pollard & Rendon (1999) проучват родителската компетентност в смесени семейства - чуващи родителите и глухи деца, и обратно. Описани са предизвикателствата да се отглежда дете, което е много по-различно от родителите. Изследването обобщава, че когато чуващи родители се изправят пред проблема с глухотата на детето, губят своето чувство за родителска компетентност. Безсилните родители действат с децата си обсебващо, безпомощно и пасивно. Липсата на увереност у младите хора в своята родителска роля води до дисфункция на семейната система (цит. по Попзлатева, 2010).

Wallis, Musselman & MacKay (2004) фокусират отношението между език и психично здраве чрез сравняване на извадки от глухи деца на чуващи родители, които общуват със знаков език от ранно детството и глухи деца, които по-късно се докосват до този език. Проявява се силно влияние върху психичното здраве на комуникативния начин, използват през първите години от живота на детето. Между случаите на ранна експозиция на устен или знаков начин на комуникация в чуващото семейство не се откриват съществени различия между емоционалните и поведенчески профили на глухите деца. Ранната комуникация с жестов език осигурява добра защита на психичното здраве. Редица проблеми в психо-емоционалното развитие се откриват при глухите деца, които през първите години от живота няма установен начин на комуникация със своите чуващи родители (цит. по Попзлатева 2010).

Според Braden (1994) наличието на *две глухи деца в семейството* променя семейната динамика по начин, различен от този на чуващите родители с едно глухо дете. Наблюдава се редуциране на типичните реакции за отричане на първата диагнозата от родителите. По-адекватно е приемането на глухотата като феномен, както и овладяването на отношенията родител-дете. Глухите деца с чуващи родители, но с глух брат/сестра имат по-чести възможности за позитивни и смислени социални интеракция. В глухия брат/сестра се намира подкрепа на реакциите към често враждебно настроената социална среда. Наличието на две глухи деца в семейството често е сериозен стимул да се търсят контакти с други глухи деца. Взаимната подкрепа на глухите деца в семейството облекчава психологически условия на социалните интеракции и личностното израстване.

1.3.6. Образователна среда на децата с увреден слух и психично здраве

Дискусията около ефективността на различните *методологични подходи, прилагани в образованието на глухите деца* – слухово-орален, билингвистичен и тотална комуникация, продължава до днес. Спецификата се състои в акцента, който се поставя върху ролята на устния и жестовия език за стимулиране и подкрепа на интелектуалното и социоемоционалното развитие на глухите деца. В българската практика на специалните училища и рехабилитация главната задача е овладяването на устната реч като основно средство за комуникация, образование и социализация. Дактилната, писмената и жестовата реч се използват като спомагателни средства (тотална комуникация). Днес все повече деца се обучават в интегрирани условия, но съществуват реални трудности при идентифициране на техните специалните образователни и социално-психологически потребности. Въпреки това, в българската

образователна система през последните години се полагат усилия за по-добра подкрепа от допълнителен екип специалисти (ресурсни учители, слухово-речеви рехабилитатори, психолози, преводачи). Разработват се модерни технологии за подпомагане на комуникацията в учебната среда (Балканска, Трошева, 2014).

Проучване на Попзлатева (2006) в първите години от практиката на интегрираното образование в България извежда различна конфигурация на защитните и рисковите фактори за психичното здраве. Интегрираното обучение провокира специфични стресови ситуации и рискове за психичното здраве, което предполага целенасочена психопрофилактика, своевременна психодиагностика и компетентна психотерапевтична помощ.

Експериментално изследване сравнява социално-психологическите характеристики на младежи с увреден слух от специално и масово училище – общо 142, на възраст от 16 до 35 години. Използван е стандартизиран за българската популация Гийсен тест (Кокоскарова и Петров, 1984). Резултати от проучването показват, че във всички подгрупи от специалните училища социалният резонанс е позитивен и това се проявява най-категорично в следучилищния период. Негативен социален резонанс се открива при обучавани в масово училище 19-21-годишни ученици. Чувството за социална отхвърляне и фрустрация слабо се редуцира в условията на по-широките социални отношения в следучилищния период на тази група. По скалата *доминантност – конформизъм*, резултатите също се различават съществено. Младежите от специалните училища демонстрират силна насоченост към доминиране в междуличностите взаимоотношения. Проявяват се агресивна готовност, импулсивност, стремеж към надмощие и своенравност. този тип поведение се ограничава и в следучилищния период надделява стремежът към приспособяване и съобразяване с околните, към търпимост и потискане на агресивните импулси. Интегрираните ученици се оценяват по-скоро като конформни, отстъпчиви, емоционално уравновесени, адаптивни към социалните ситуации. В следучилищния период обаче тяхното желание за самоизява в социалните групи се засилва и по-ясно се разкриват характеристики на доминантния тип ролеви взаимодействия. По отношение на *основното настроение или биотонуса* се установява регулирано настроение. Не се очертава депресивен тип личностно функциониране с изразени трудности в адаптацията, повишена потиснатост, склонност към интроспекция, сдържаност и самокритичност. *Вътрешният самоконтрол* над ежедневно поведение и утилитарните потребности в двете основни групи (интегрирани и сегрегирани ученици) показва тенденция към понижаване във възрастов план. Съществени различия между групите от нечуващи младежи с опит в специалното училище и тези обучавани в интегрирани условия се откриват отношение на личностностните характеристики „*Екстравертност – Интравертност*“. Всички изследвани групи, свързани със специалното училище, демонстрират екстравертна ориентация в поведението. Те се описват в по-голяма степен като открити, непосредствени, доверчиви, отзивчиви, жертвоготовни, насочени в поведението си навън, към социума. Обратен феномен се наблюдава в групите на интегрираните младежи с увреден слух. Самооценките по последната скала показват, че изследваните младежи с увреден слух имат **социален потенциал** да изградят трайни и емоционално ангажирани връзки в общуването. Те изпитват сигурност в хетеросексуалните контакти, вярват в своята способност да обичат, да проявяват активност и творчество в социалните дейности. По-голямо съмнение в това се проявяват в ранната юношеска възраст на интегрираните ученици, които все още не се чувстват готови за по-близко и доверително общуване в средата на чуващите връстници и възрастни.

1.3.7. *Жестов език, психосоциална идентичност и психично здраве*

Въпреки дебата, дали или не, глухите хора могат да бъдат приети за културно малцинство, социокултурната парадигма за глухотата става все по-популярна. Според нея, принадлежността към уникална общност на Глухите хора, изградена от индивиди, които споделят общото чувство за

идентичност, общ език, организационни мрежи, ценности и норми, помага на глухия човек да се защити от отрицателните атитюди на доминиращата група (Попзлатева, 2010).

Много от глухите млади хора демонстрират разпокъсаност на идентичността. Често формираната в специалното училище идентичност дава неадекватни представи за чуващия свят и те са силно стресирани в следучилищния период. Стават импулсивни или силно зависими от другите, губят автономност и самоуважение. По-успешно преодоляване на кризите се наблюдава при глухите младежи с глухи родители, което е ново доказателство, че глухотата като биологичен дефицит, не е основния фактор за личностните проблеми. Социалните фактори и тяхното специфично влияние са явно по-значими.

Поддържането на позитивен образ за себе си в общество на чуващи, по традиция негативно към глухотата, е трудно за постигане. Голяма част от глухите младежи намират своята идентичност в общността на Глухите хора, която със своите уникални традиции, език и култура отговаря в по-голяма степен на актуалните им психологически потребности. Други отричат и прикриват глухотата, като се идентифицират с чуващите, но как това рефлектира върху личността им зависи от зрелостта на конкретното общество и диспозициите към различните в него.

Изследване на Попзлатева (2010) проучва взаимовръзките между модел на социо-културна идентичност и профилите на личността в представителна извадка от 336 лица с увреден слух на възраст от 16 до 65 г.. Приложени са самооценъчен въпросник за социокултурна идентичност и стандартизиран на български вариант на популярния Пет-факторен личностен въпросник (NEO-Five Factor Inventory). Резултатите показват, че в юношеска възраст глухите хора изгражда позитивна Аз-концепция, която се поддържа през следващите възрастови периоди чрез използване на различни копинг-стратегии за защита от психо-травмиращите ситуации в обществото на чуващото мнозинство. Специфичните за глухотата вътрешни и социални контексти обаче са в основата на различия не само спрямо чуващите, но и вътрешно групови различия в социо-културната идентификация и профилите на личностно функциониране. Установена е по-голямата сила на специфичните социални фактори (слухов статус на семейството, училищен контекст и време на приобщаване към културата на Глухите) в сравнение с вътрешно-биологичните (възраст на оглушаване и степен на слухов дефицит). Изследването проявява силен предикативен потенциал на предпочитания начин на комуникация в референтите групи при избора на модел на социо-културна идентичност. Глухите хора поддържат високо равнище на личностно самоуважение като използват различни копинг-стратегии за справяне с ежедневните психотравмиращи ситуации - бикултурна или маргинална идентичност, оттегляне към Глухия свят или прикритие на глухотата в Чуващото общество. Ефективността на стратегиите, отразени като модел социо-културна идентичност, е различна по отношение на рисковете за психичното здраве и самоактуализацията на личността.

Обобщеният личностен профил на глухите хора по дименсиите на личността „Отвореност към нов опит“ и „Насоченост към другите“ попада в границите на стандартните нормативи за чуващите. Това е индикатор за интелектуално любопитство, естетическа сензитивност, дивергентно мислене, склонност към нови идеи и нестандартни решения. Глухите хора са отворени към доверително общуване, с развито чувство на емпатия, склонност към съпреживяване и оказване на съдействие. Различия спрямо чуващите в обобщения профил на личността се наблюдават по завишените показатели „Невротизъм“ и „Екстраверсия“ и понижени показатели по домейна „Съзнателност“. Силно изразеният емоционален дистрес насочва към сериозни емоционални и поведенчески проблеми, за които лицата се нуждаят от компетентна професионална помощ. Глухите хора имат компенсаторно засилена необходимост от общуване и са отворени към създаване на нови контакти, както с глухи, така и с чуващи хора. Заедно с това, много от тях се чувстват неуверени в собствените способности и са апатични към социалната си реализация в по-широката социална система.

В обобщение може да се посочи, че популацията на децата и възрастните се различава в количествен и качествен план по своите емоционални и поведенчески проблеми от тази на чуващите. Глухите хора обаче не са общност, в която могат да се открият идентични за всички рискови фактори за

психичното здраве. Наблюдават съществени вътрешногрупови различия в проблемите свързани с психичното здраве и тяхното проучване следва да се съобрази с действието на специфичните за глухотата вътрешни и социални фактори, както и с тяхната констелация. Подобно на чуващата популация, децата и възрастните с увреден слух, а също и техните семейства, се нуждаят от превенция и подкрепа на психичното здраве. Ефективността на предлаганата образователна или клинична помощ зависи от предлагането на диференцирани стратегии. За съжаление традиционните подходи в психотерапията разчитат на флуентни комуникативни умения, чрез които да се реализира доверително общуване, както от страна на специалистите, така и от страна на пациентите. Популацията на глухите хора е оцетена в това отношение, поради липсата на общ език със специалистите. Това е важен обществен проблем, който заслужава вниманието на бъдещи научни изследвания или по-скоро на социалната практика. Много от клиничните проблеми на популацията имат социална детерминираност и могат да бъдат своевременно решавани в съответните възрастови степени

1.4. Психично здраве и класификации на психичните нарушения в детско-юношеска възраст

Проблемите на психичното здраве все повече привличат вниманието на съвременното общество, особено във връзка с развитието в детско-юношеска възраст. Конвенция за правата на детето отразява важността на този проблем както от гледна точка на благополучието на децата, така и позицията на благополучието на обществото. На базата на репрезентативни изследвания в различни региони в началото на XXI в. Световната здравна организация (СЗО) докладва., че психичните нарушения в детско-юношеска възраст варират между 10% и 20% (The world health report, 2001).

Съвременната определение за психично здраве на СЗО е „състояние на благополучие, при което индивидът реализира своите способности, може да се справи с нормалния стрес в живота, работи продуктивно и ползотворно и е в състояние да направи принос в своята общност“. За детско-юношеската възраст, особен акцент се поставя върху уменията за приспособяване, адаптация към изискванията на заобикалящата среда. Нарушената адаптация е основен елемент при оценяване на децата с психически нарушения в развитието. Съвременните концепции обръщат все по-голямо внимание на общото функциониране и адаптивните умения, отколкото към дефицитите и неспособността на децата (Станкова, 2012).

През последните 35 години научните представи за същността на психичните разстройства в детско-юношеска и зряла възраст се променят много динамично. Изследователите полагат огромни усилия да проучат техните характеристики и да ги представят в класификационна система. Опитите за класификация на психичните разстройства са всъщност и опити за дефиниция на това понятие *чрез диагностични критерии*. Класификацията е система, която разпределя конкретните психичните нарушения в обобщени категории - синдроми, и определя както границите, така и взаимовръзките им (Меш и Уолф, 2007).

В интерпретацията и класификацията на психичните нарушения се прилагат два основни подхода – групиране на характеристики на проблемното поведение/вътрешно състояние и групиране на лица, носители на съответни признаци на нарушението. Класификациите по параметри на поведението по същество имат психологически характер. Главните измерения в този подход се извеждат чрез събиране на емпирични данни, които се подлагат на многофакторен анализ, след което се определят нормативите и диапазона на всяко измерение (Акенбах, 1998). С помощта на този тип изследвания са определени редица общи и специфични параметри на детската психопатология.

Като най-обобщени са изведени категориите на *интернализирани*, *екстернализирани* и *обща нарушения*, които съдържат съответни субпараметри или синдроми. Интернализирани и екстернализирани разстройства се диференцират според насочеността на вредата, която те причиняват - на индивида или на обществото. Интернализираният тип е дефиниран като насочен „навътре“, а

поведението се представя като отдръпване, самотност, депресивност, тревожност. Той се демонстрира на поведенческо равнище със симптоматика на твърде срамежливо поведение, често дразнене от другите, negliжиране от връстниците, депресивност, анорексични и булимистични прояви, социална отдръпнатост, с тенденции за суицидност, с неоснователни страхове и фобии, ниско самочувствие, прекомерна тревожност и панически пристъпи. Екстернализиращият тип поведение се отличава със стил насочен „навън“ и с прояви на агресия, импулсивност, насилие и неподчинение. Най-честото срещаната симптоматика е нарушаване на правилата на другите, нарушаване на социалните норми и правила, чести емоционални изблици, кражби, нанасяне вреди на собственост или разрушаване на чужда собственост, враждебност или девиантност, спорове или игнориране на учителските инструкции, заплашване, физическа вреда на хора или животни, използване на ругатни или неприлични жестове, свръхактивност. (Станкова, с. 32, 2012).

Психологическите изследвания са насочени към обхващане на конкретните аспекти и характеристики на емоционалната и поведенческата сфера, които биха могли да се обобщят в понятието „психично здраве“ и съответно степента на неговата застрашеност. Те използват емпиричния подход в оценката, като предлагат широк набор от описателни твърдения на близки на детето възрастни хора. Оценките на родители или педагози се базират върху ежедневно общуване с детето и наблюдения върху емоционално му състояние в спонтанни комуникативни ситуации и съвместни дейности с другите. Синдромите са извлечени като групи симптоми, за които е емпирично установено, че често се появяват заедно (Схема1).

Схема 1		
НАЙ-ЧЕСТО ИДЕНТИФИЦИРАНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ СИНДРОМИ (по Меш и Удлф, 2007)		
Оттегленост	Социални проблеми	Тревожност/депресия
Предпочита да остава само; Отказ да разговаря Срамежлив Плах	Инфантилно поведение Прекомерно зависим Не се разбира с връстниците Подиграват му се	Нещастен, тъжен, потиснат; Безпокойство; Чувства се излишен; Неврозен, напрегнат
Соматични оплаквания	Проблеми с мисленето	Агресивно поведение
Усеца главозамайване Преуморен; Има болки Главоболие	Чува нещо нереално; Вижда нещо нереално Странно поведение; Странни идеи.	Спори, Придирчив към околните, Напада хората, чупи чужди вещи
Проблеми с вниманието	Делинквентно поведение	Агресивно поведение
Невнимателен, Не може да се концентрира Не може да седи спокойно,	Липсва чувство за вина, Лоша компания, Лъже, бяга от дома	

Прилагането на синдромния подход е изходен момент в описание на детското функциониране от най-ранна възраст и позволява да бъдат идентифицирани тези областите, в които се появяват малко или повече проблеми и в различна степен. Извежда се диференциран профил на психичното здраве. Той разкрива възможност за прилагане на диференциран подход в превенцията или терапевтичните дейности. Изключително полезен е за скрининг изследвания в детско-юношеска възраст, в които идентифицират гранични и клинично значими емоционални и поведенчески проблеми.

Съществен принос за въвеждане на емпиричния подход към оценката на детско-юношеското поведение има Achenbach, който от 80-те години разработва теоретичните бази на детската патопсихология във връзка с постиженията на психологията на развитието. Това позволява да предложи психологически инструмент, който е теоретично обоснован и посреща потребностите на съвременната диагностична практика и организираната психологическа и медицинска терапевтична помощ в широкия възрастов диапазон от 1.5 г. до 90 годишна възраст. Емпиричният подход, използван от Achenbach, 1982, 1997, 2000, 2007) набляга върху необходимостта от сравнение на данни за емоционално-поведенческия статус на децата от различни източници – родители, педагози, специалисти и самооценки, което информира за устойчивите форми на дезадаптивно поведение в различни ситуации и дейности. Този подход има редица предимства пред лабораторните условия на диагностичния психологически експеримент, но най-важното е че създава предпоставки за обективност на заключенията. Резултатите от подобни изследвания са представени като психологически профил, по който различни специалисти могат да се ориентират и да насочва вниманието си към стимулиране на проблемните области чрез използване на позитивните характеристики на детето.

В резултат на репрезентативни изследвания, организирани в различни държави научния колектив под ръководството на Achenbach предлага нов метод за оценка на детските емоционални и поведенчески проблеми – Батерия за емпирична оценка на поведението. Емпирично изведената симптоматика на психични нарушения в детско-юношеска възраст е предложена на специалисти по детско психично здраве, които оценяват доколко твърденията във въпросниците са консистентни с диагностичните критерии за различни психиатрични разстройства в медицинския класификатор на Американската психиатрична асоциация. Психолози и психиатри от десет различни култури са оценили определени твърдения като много консистентни с диагностичните категории в DSM-IV-TR (2000) и DSM-V (2013) . На базата на получените данни са изведени 6 скали, ориентирани към класификатора (Achenbach & Dumenci, Rescorla, 2000). Това позволява емпиричния метод на Achenbach да бъде използван и за допълване на информацията при определяне на медицинската диагноза.

В медицинската наука класификации на психичните разстройства са построени на базата на нозологичния принцип, който взема предвид комплекс от най-съществените характеристики на болестите. Тези характеристики се отнасят до *етиологията* (причини) на болестта; *клиника* на болестта (соматични и психични симптоми); *патогенеза* на заболяването (механизми на заболяването или динамика, етапи в развитието ѝ); *изход* (перспективи) и *патологоанатомия*. Категориален подход към емоционално-поведенческите проблеми се базира на професионалните знания и постигнат консенсус между специалистите в областта на психичното здраве/психичните разстройства. Основната цел е да бъде направена диференциална диагноза на базата на налични знания за различията между психичните заболявания и да се определи към коя категория болест (нозологична единици) се принадлежи конкретния пациент, каква е клиничната тежест на психичното разстройство и от какво терапевтична помощ се нуждае.

Най-популярни и широко използвани в научните изследвания и клиничната практика продължават да бъдат Международната класификация на болестите (ICD - МКБ) и Диагностичен статистически наръчник на психичните разстройства (DSM - ДСН) на Американската асоциация на психиатрите, които се обновяват периодично като вземат предвид постиженията в науките за психичното здраве.

Международна класификация на болести - МКБ (ICD) е обща система на всички болести, която До момента е претърпяла 10 ревизии, а от няколко години се подготвя МКБ-11. Психичните заболявания се разглеждат в глава V и с всяка ревизия категориите на психичните заболявания (нозологичните единици) се разширяват. Така, по-старата версия **МКБ-9** предлага четири подгрупи психични

разстройства: 1) органични психози; 2) други психози; 3) неврози, разстройства на личността (психопатии) и други психотични разстройства; 4) олигофрени.

DSM е система за класификация само на психичните разстройства, като най-новата ревизия DSM-V е от 2013. Третата преработка на класификацията DSM-III (1980) се оценява като значителен напредък, във връзка с това, че клиничните описания били заменени с точни критерии. Това повишило надеждността на поставяните психиатрични диагнози. Важно предимство е, че тази ревизия включва повече детски категории, въвежда многоосевата диагностика и поставя особен акцент на емпиричната информация. Промените отразяват подобрените научни знания за диагностичните системи, но също и новото разбиране за причините психичните разстройства, които излизат зад пределите на вътрешните биологични и психологични качества на детето или възрастния. Тази класификация за първи път насочва вниманието към външната средата, в която е възникнал проблема. Преработеното издание DSM-III-R, (1987) отива още по-напред, като предлага проект на класификационна система, чрез която диагнозата на детето може да определи дори в случай, че не отговаря на всички посочени критерии. Това е показателно, че сред специалистите е постигнат консенсус за разнообразните проявления на психичните разстройства в детско-юношеска възраст, а също и че едно и също психическо разстройство се демонстрира с различна конфигурация на симптомите (Меш и Уолф, 2007).

Предложените обновления на двата класификатора през 90-те години - ДСН-IV (1994) и МКБ-10 (1994), се отличават с редица общи позиции по отношение на психичните разстройства и особено критериите и показателите за психични нарушения в детска възраст. Двете системи приемат няколко нови и базови понятия, които са важни за диференциалната диагностика на психичното здраве и характеристиките на психическите нарушения в детско-юношеския период:

- *Коморбидност* - приема, че в детско-юношеския период е възможна поява на две или повече психически разстройства при едно лице;
- *Мултиморбидност* - освен психично разстройство е налице и соматично разстройство;
- *Многоосева диагностика* – описание на индивида по няколко оси, всяка от които има специфично съдържание. Достоинството е че се допуска по-диференцирано описание на пациента.
- *Операционална диагностика* – диагнозата се определя по каталог от критерии, с *правила за обединение* на тези критерии (включващи и изключващи се критерии). Правилата обединяват главно симптоми; често е внесен и критерия време и критерия протичане. Операционалната диагностика обезпечава по-голяма “междуетпертна” надеждност.

В МКБ-10 психичните разстройства са представени в глава V (F) „Психични и поведенчески разстройства“. Обособени са 10 общи категории (F0- F9), които обхващат по-частни и самостоятелни нарушения (Схема 4).

Специално внимание е отделено на разстройства, които се появяват в детско-юношеския период. Три от 10-те основни категории психични разстройства пряко се отнасят до детско-юношеския период. Това са:

- (F7) „**Умствена изостаналост**“ включва F70 Лека умствена изостаналост F71 Умерена умствена изостаналост F72 Тежка умствена изостаналост F73 Дълбока умствена изостаналост F78 Друга умствена изостаналост F79 Умствена изостаналост, неуточнена;
- (F8) „**Разстройства на психологичното развитие**“ обхваща подкатегиите:
 - ✓ F80 *Специфични разстройства на развитието на речта и езика* F80.0 Специфично разстройство на артикулацията F80.1 Разстройства на експресивната реч F80.2 Разстройства на рецептивната реч F80.3 Придобита афазия с епилепсия (Синдром на Landau-Kieffner) F80.8 Други F80.9 Неуточнени;
 - ✓ F81 *Специфични разстройства на развитието на училищните умения* F81.0 Специфично разстройство на четенето F81.1 Специфично разстройство на правописа F81.2 Специфично разстройство на аритметичните умения F81.3 Смесени разстройства на училищните умения F81.8 Други F81.9 Неуточнени;

- ✓ F82 Специфични разстройство на развитието на двигателните функции ;
- ✓ Смесено специфично разстройство на развитието;
- ✓ Генерализирани разстройства на развитието F84 .0 Детски аутизъм F84.1 Атипичен аутизъм F84. 2 Синдром на Rett F84.3 Друго дезинтегративно разстройство в детството F84.4 Хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения F84.5 Синдром на Asperger F84.8 Други F84.9 Неуточнени.

- **(F9) Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството и неуточнено психично разстройство**

- ✓ F90 Хиперкинетични разстройства F90.0 Нарушение на активността и вниманието F90.1 Хиперкинетично разстройство на поведението F90.8 Други F90.9 Неуточнено;

- ✓ F91 Разстройства на поведението. F91.0 Разстройство на поведението, ограничено в семейна обстановка F91.1 Несоциализирано разстройство на поведението. F91.2 Социализирано разстройство на поведението F91.3 Разстройство с противопоставяне и предизвикателство F91.8 Други F91.9 Неуточнено;

- ✓ F92 Смесени разстройства на поведението и емоциите F92.0 Депресивно разстройство на поведението F92.8 Други F92.9 Неуточнено;

- ✓ F93 Емоционални разстройства с начало, типично за детството F93.0 Разстройство с тревога от раздяла F93.1 Фобийно-тревожно разстройство в детството F93.2 Разстройство със социална тревожност F93.3 Разстройство със съперничество между сиблинги. F93.8 Други F93.9 Неуточнено;

- ✓ F94 Разстройства на социалното функциониране с начало, типично за детството и юношеството. F94. 0 Елективен мутизъм F94.1 Разстройство на привързаност в детството, реактивен тип F94.2 Разстройство на привързаност в детството, дезинхибиран тип F94.8 Други. F94.9 Неуточнено;

- ✓ F95 Тикови разстройства F95.0 Преходно тиково разстройство F95.1 Хронично двигателно или гласово тиково разстройство F95.2 Комбинирани гласови и множествени двигателни тикове (синдром на Tourette) F95.8 Други F95.9 Неуточнено;

- ✓ F98 Други поведенчески и емоционални разстройства с начало, обичайно за детството и юношеството F98.0 Енуреза, неорганична F98.1 Енкопреза, неорганична F98.2 Разстройства на храненето, в бебешката и детска възраст F98.3 Пика в бебешка и детска възраст F98.4 Разстройство със стереотипни движения F98.5 Заекване F98.6 Бърза реч (cluttering) F98.8 Други уточнени.

DSM-IV (1994) и нейната текстова преработка DSM-IV-TR (2000) използват едни и същи диагностични критерии. Това е многоосева система, която включва пет главни оси (области), по които се оценява пациента и които помагат на лекарят да планира терапията на заболяването. Като цяло те изясняват контекста, в който се появява психичното разстройство. I-ва ос – Клинични нарушения; II-ра ос – Личностни нарушения, умствено изостаналост; III-та ос – Общо физическо състояние; IV-ос - Психосоциални проблеми и проблеми на обкръжаващата среда; V-та ос - Обща оценка на функционирането.

В DSM-IV (1994, 2000) за детско-юношеска възраст е отделена специална глава „**Нарушения, за първи път диагностицирани в кърмаческа възраст, детството и подрасваща възраст**”. Към нея са причислени:

- ✓ Умствена изостаналост;
- ✓ Нарушение на способността за обучение;
- ✓ Разстройства на комуникацията;
- ✓ Первазивни разстройства на развитието;
- ✓ Дефицит на внимание и разстройство на социалното поведение;
- ✓ Разстройства на кърменето и храненето в кърмаческа възраст и ранното детство
- ✓ Разстройства на отделянето – енкопрез и енопрез;

- ✓ Други нарушения в кърмаческа и/или подрастваща възраст (страх от раздяла, селективен мутизъм, реактивна привързаност в кърмаческа възраст и ранното детство, стереотипни движения).

Останалите психически нарушения в детско-юношеска възраст не са отделени от тези на възрастните:

- Разстройства на настроението (афективни) - депресивни разстройства и биполарно разстройство;
- ✓ Тревожност (специфични фобии, социална фобия, обсесивно-компулсивен синдром, посттравматично стресово разстройство, остро стресово разстройство, генерализирана тревожност, състояние на тревожност, заради общо физическо състояние);
- ✓ Разстройства на храненето;
- ✓ Разстройства на съня;

Съвременните изследователи отбелязват в критичен план, че в ДСН-IV факторите на средата не са достатъчно обхванати при оценяването на психичното нарушение (Меш и Уолф, 2007).

1.4.3. Диференциално-диагностична характеристика на емоционалните и поведенчески разстройства в детско-юношеска възраст в ДСН IV-TR (2000)

Този параграф обсъжда клинично значимите характеристики на основните емоционални и поведенчески разстройства, в ключени в специалната глава за детско-юношеска възраст и останалите, които са представени заедно със сходни разстройства при възрастните.

Тревожност при раздяла

Разстройството, свързано със поява на страх от раздяла се определя като специфично за детството. За ранното детско развитие връзката майка-дете и наличието на привързаност имат голямо значение. Всички деца в ранно детство преживяват тревожност при раздяла със значимия обект. При някои от тях обаче тази тревожност е болестно засилена. Разстройството е еднакво представено при двата пола, с леко преобладаване при момичетата. Среща се приблизително при 3% от децата до 11-годишна възраст. Разстройството се появява до 4-годишна възраст.

Фобийно разстройство

Фобийното разстройство в детството е твърде близко до фобиите при възрастните. Фобиите са ирационални страхове, ирационални фиксаци и съзнателно избягване на конкретни обекти или ситуации. За разлика от страха, фобиите имат натраплив характер, като при двете състояния е различен начинът за справяне с тревожността. При фобията тревожността блокира дейността. Както при възрастните, така и при децата е възможно да се наблюдава страх към широк диапазон предмети, лица и събития. Съществуват обаче страхове, които имат изразена възрастова специфичност – например страх от животни, вода, тъмно, гръмотевици и др. Не са редки случаите, когато формирането на тези страхове е ситуационно обусловено или е в резултат на неправилни възпитателни въздействия от страна на възрастните.

Разстройство с избягване на контакти (социофобия)

Описва се като социална неувереност. Обикновено в присъствие на непознати децата стават плахи, затворени и отклоняват общуването дори с приятели. Може да се появи избирателен мутизъм или заекване, губи се увереност в себе си, характерна е пасивност.

Реакция на детронация

Голяма част от децата показват известен емоционален дискомфорт след раждането на брат или сестра. Този дискомфорт се дължи на съперничеството между сиблингите. В тези случаи говорим за

т.нар.реакция на детронация. Клинично значимото разстройство се проявява като враждебност или дори агресивност към сиблинга. Много често се появява т.нар.регрес на поведението, дисфория, насочена към родителите, като "отмъщение за пренебрегването". Тези реакции са обусловени от преживяването на интензивни амбивалентни чувства към родителите. Обикновено се засилва поведението на противопоставяне. Съперничество, което има абнормен характер, се наблюдава по-често при деца от един и същи пол и с малка възрастова граница. Един от етиологичните фактори за такова разстройство е използването от родителите на неконсистентни практики по отношение на наказанията и похвалите.

Избирателен мутизъм

Възниква, когато дете или юноша упорито не да говори в конкретни социални ситуации, като например в училище или с приятели, където се очаква да се говори. Селективният мутизъм засяга училищните постижения на детето и социалната комуникация. Началото на селективния мутизъм обикновено настъпва преди 5-годишна възраст, но може да не бъде забелязано, докато детето не тръгне на училище. Разстройството се счита за сравнително рядко и обикновено продължава няколко месеца, въпреки че е известно, че някои деца не говорят в училище до неговото завършване.

Обсесивно-компулсивно разстройство

Обсесивно-компулсивното разстройство се среща с честота 2,5%. Проявява се чрез повтарящи се и упорити мании или натрапчиви състояния на детето, които отнемат време или причиняват значителен дистрес или значителни увреждания. Обсебванията са постоянни мисли, импулси или изображения, които са натрапчиви и неподходящи (повтарящи се съмнения, изисквания към нещата в определен ред, агресивни импулси и т.н.). Компулсиите са повтарящо се поведение или умствени действия (измиване на ръце, проверка, молитва, преброяване, повтарящи се думи тихо и т.н.), с които се очаква да бъде намален стреса или безпокойството. Много деца с обсесивно-компулсивно разстройство могат да знаят, че поведението им е крайно или ненужно, но са толкова подтиквани да изпълнят своите практики, че не могат да спрат.

Посттравматичното стресово разстройство

Може да се развие след излагане на изключително травмиращо събитие или поредица от събития в живота на детето, или да стане свидетел или да научи за смърт или нараняване на близък до детето. Симптомите трябва да се появят в рамките на един месец след излагане на стресиращото събитие. Отговорите при децата включват интензивен страх, безпомощност, затруднено заспиване, кошмари, постоянно преживяване на събитието, замайване на обща реакция или повишена възбуда. Малките деца с PTSD могат да повторят опита си в ежедневиите игри или да загубят наскоро придобитите умения, като тоалетно обучение или експресивни езикови умения.

Генерализирана тревожност

Генерализираната тревожност в детска възраст е равномерно представена и в двата пола. Доказано е, че при майки, отглеждащи такива деца, много по-често се среща повишена личностна тревожност. Характерно за родителите е изразената тревога за социалния успех на детето и повишените изисквания и очаквания към него.

Клиничните симптоми се демонстрират като повишена невротичност, непрегнатост, неувереност, зрялост, несъответстваща на годините. Те са болезнено чувствителни към критика и се гордеят с хипертрофираното си послушание и стремеж към перфекционизъм. Като съпътстващи поведенчески симптоми се срещат: гризне на нокти, усукване на коса, смукане на пръсти, енуреза. Те успяват сравнително добре да се приспособят и адаптират, така че да постигнат социален успех, но това винаги е съпроводено с твърде високо вътрешно напрежение.

Нарушение на вниманието / хиперактивност

Основната характеристика на хиперактивното разстройство с дефицит на внимание е "постоянен модел на невнимание и/или хиперактивност - импулсивност, която е по-честа и тежка, отколкото обикновено се наблюдава при индивиди на сравнимо ниво на развитие." DSM IV - TR описва 18 отделни характеристики на поведението, приписвани на нарушението на дефицита на хиперактивност (ADHD). Ако детето покаже 6 признака на невнимание или 6 признаци на хиперактивност и импулсивност може да получи клинична диагноза на ADHD. Посочени са три разновидности на ДВХА, като поведенческо разстройство:

Преобладаващ разсеян тип поведение (дефицит на внимание) - по-голямата част от симптомите са в категорията на разсеяно поведение. Симптоматика на хиперактивност и импулсивност съществува, но е относително по-ограничена. Тези деца са по-малко склонни да действат или имат затруднения в съвместните дейности с другите деца. Могат да седят тихо, но не са концентрирани в това, което правят.

Преобладаващ хиперактивен-импулсивен тип поведение - повечето симптоми са в категориите на хиперактивно и импулсивно поведение, докато проявите на разсеяност са относително по-ограничени.

Комбиниран хиперактивен-импулсивен и невнимателен тип поведение – тук симптоматиката на разсеяно, хиперактивно и импулсивно поведение е ясно проявена в трите области. Повечето от децата ДВХА попадат в тази категория.

Опозиционно разстройство

Централната характеристика на опозиционното предизвикателно разстройство (ODD) е "повтарящ се модел на негативистично, предизвикателно, непокорно и враждебно поведение към авторитетни фигури с продължителност най-малко шест месеца ..." Разрушителното поведение на дете или подрастващ с ОР са по-малко тежки от тези с нарушение на поведението (кондуктивно) и обикновено не включват агресия към хора или животни, унищожаване на имущество или модел на кражба или измама. Типичните поведения включват спорове с възрастни, недоверие или отказ да следват насоки за възрастни, умишлено досадни хора, обвиняващи други, или злоумишлени или отмъстителни. Наблюдава се при 2 до 16% от общата популация.

Поведенческо (Кондуктивно) разстройство

Основната характеристика е "повтарящи се и упорити модели на поведение, при които се нарушават основните права на другите или възрастово-съответните социални норми или правила". Децата с нарушения на поведението често закъсняват или да остават докъсно навън, въпреки възраженията на родителите, бягат от дома или от училище. Децата с поведенческо разстройство могат да наранят или заплашват други или да бъдат физически жестоки към животните и хората. Разстройството на поведението често се свързва с ранно настъпване на сексуално поведение, пиене, тютюнопушене и безразсъдни и рискови действия. Засяга между 6% и 16% от момчетата и от 2% до 9% от момичетата.

Анорексията нервоза и булимия невроза

Смята се за нарушение на "изкривеното изображение на тялото", тъй като много юноши, които имат анорексия, се смятат с наднормено тегло и непривлекателни. При Anorexia Nervosa индивидът отказва да поддържа минимално нормално телесно тегло, страхува се силно от напълняване и няма реалистична представа за формата и размера на тялото си. Признаците за анорексия нервоза включват изключително ниско телесно тегло, суха кожа, загуба на коса, депресивни симптоми, запек, ниско кръвно налягане и странни поведения, като скриване на храна или преяждане. Симптомите на *булимия невроза* включват загуба на менструация, умора или мускулна слабост, стомашно-чревни проблеми или непоносимост към студено време. Депресивните симптоми могат да последват епизод на сливане и почистване.

Биполярно разстройство (маниакално депресивно разстройство)

Съществената характеристика на биполярно разстройство е "клиничен курс, който се характеризира с появата на един или повече манийни епизоди (отделен период, през който има ненормално и постоянно повишено, експанзивно или раздразнително настроение) или смесени епизоди от време, продължаващо най-малко една седмица, при което критериите са изпълнени както за манийни епизоди, така и за депресивни епизоди почти всеки ден)". Разграничават се шест различни вида биполярно разстройство, отразяващи вариациите в маниакалните и депресивните симптоми.

Голямо депресивно разстройство

Възниква, когато детето има поредица от два или повече големи депресивни епизода, като между тях има поне двамесечен интервал. Депресията може да се прояви в продължаваща раздразнителност или невъзможност да се опознаете с другите, а не само в потиснатото засягане.

Дистимичното разстройство

Дистимичното и голямото депресивно разстройство се диференцират на основата на тежестта, хроничността и персистирането. Обикновено, голямото депресивно разстройство силно се различава от обичайното функциониране на детето, докато дистимичното разстройство се характеризира с хронични, по-малко тежки депресивни симптоми, които се срещат в продължение на много години.

Шизофрения

Шизофренията е сериозно емоционално разстройство, характеризиращо се със загуба на контакт с околната среда и личностни промени. Халюцинации и заблуди, неорганизирано говорене или кататонично поведение често съществуват като симптоми на това разстройство, което често се проявява при младите и в зряла възраст. Симптомите могат да се проявят и при по-малки деца. Съществуват редица подтипове на шизофрения, включително параноиден, дезорганизиран, кататоничен, остатъчен и недиференциран тип. Разпространението на шизофрения през целия живот се оценява на между 0,5% и 1%.

Аутистичното разстройство (Первазивно разстройство на развитието)

Определя се като первазивно развитийно разстройство, характеризиращо се с наличие на подчертано необичайно или нарушено развитие на социалното взаимодействие и комуникация и значително ограничено ниво на дейности или интереси. Децата с аутизъм може да не успяват да развият взаимоотношения с връстници от същата възраст и да нямат интерес да създават приятелства. Влошаването на комуникацията (както словесна, така и невербална) е важен белег за някои деца с това разстройство.

Разстройство на Турет

Разстройството включва както множество моторни тикове, така и един или повече вокални тикове, които се появяват много пъти на ден, почти всеки ден или периодично през за повече от една година. Липсва период без тикове за повече от 3 последователни месеца. Среща при приблизително 4-5 индивида на 10 000.

Хроничното моторно или вокално тиково разстройство

Включва моторни или вокални тикове, но не и двете, както при разстройството на Турет. Преходният вариант на разстройството предполага нито един или няколко моторни тикта много пъти дневно в продължение на най-малко четири седмици, но не повече от 12 месеца. Това може да се случи или като единичен епизод, или като повтарящи се епизоди с времето.

1.5. Терапевтични стратегии в контекста на Диагностичното статистическо ръководство за психичните нарушения (DSM-V, 2013)

Диагностичното статистическо ръководство за психичните разстройства в своята най-нова пета ревизия (DSM-V, 2013) се отличава с прилагане на нови методологични подходи към интерпретацията на психичното здраве. В нея са приложени системен, мултифакторен, развитиен, социален и емпиричен подход към дефинирането на психичните разстройства, тяхната диагноза и терапевтичните стратегии. Във връзка с това са направени съществени промени в критерии за оценка на тип нарушение и прегрупираня на нозологичните единици в сравнение с предишната версия от 2000 г. В по-голямата си част тези промени се отнасят от психичните разстройства в детско-юношеска възраст.

Преди всичко единствената глава от DSM-IV, в която се разглежда специално детската психопатология **„Нарушения, за първи път диагностицирани в кърмаческа възраст, детството и подрастваща възраст”** е премахната. Проблемите в развитието на невро-мозъчните бази са диференцирани от емоционално-поведенческите разстройства, като е разкрита нова глава - **„Невроразвитийни разстройства”**, която включва:

- ✓ Интелектуални затруднения (интелектуално нарушение на развитието)
- ✓ Комуникативни нарушения
- ✓ Дефицит на внимание и хиперактивност
- ✓ Специфично нарушение на ученето
- ✓ Разстройство от аутистичния спектър
- ✓ Моторни нарушения

Наименованието подчертае тяхната зависимост от бързо протичащите промени в невро-мозъчна система по време на детско-юношеския период, както и съществените различия от подобни нарушения при възрастните, които са представени в самостоятелна глава „Неврокогнитивни разстройства”.

Емоционално-поведенческите проблеми се интерпретират като интернализирани и екстернализирани разстройства според вредата, която носят за самия индивид или за другите. Признава се многофакторна обусловеност на емоционално-поведенческите нарушения, при което в центъра е взаимодействието между биологичните, психологичните и социалните фактори. Ролята на средата обаче се приема за водеща, тъй като може да промени това взаимодействие, да подсили защитните фактори и потисне рисковите. Те се разглеждат заедно с аналогичните нарушения при възрастните, но са направени промени в принадлежността на някои нарушения към по-обобщени нозологични единици. Като цяло основните диагностични критерии от ДСН-IV са запасени, но има някои промени, свързани с регламента за устойчивост на дезадаптивното поведение при възрастните, като се изисква подобно на детската възраст продължителността да е поне 6 месеца. Въведена е оценка на тежестта на проявление на симптоматиката с цел диагнозата да насочва към характера на терапевтична подкрепа. Въведено е изискване за емпирична аргументация на дезадаптивното поведение, което предполага продължителни наблюдения в различни социални среди и ситуации, както и предварителна психодиагностика в извънклинична ситуация (училищно консултиране). Прилагането на развитиен подход към диагностиката на емоционално-поведенческите нарушения намира израз в позицията, че оценката на отклоненията следва да се извършва в сравнителен план с възрастовите задачи на типичното психическо функциониране, при което се отразяван както симптомите на нарушения, така и съхранените страни на личността, които могат да бъдат използвани в терапевтичния процес. Във връзка с това, критериите за диагностика на нарушението варират според характерните за възрастовото развитие особености на поведението. Важно изискване на DSM-5 е да бъде разработен психодиагностичен инструментариум, който оценява детското поведение в различни ситуации, сфери на общуване и социални среди. Този инструментариум следва да е приложим за скрининг изследвания на социо-емоционалното развитие, насочени към ранно откриване, превенция и ефективност на терапевтичните дейности. Друг съществен момент е поддържането на тезата е, че при едно дете/възрастен могат да се открият коморбидни нарушения и терапията следва да осигурява комплексно подобряване на социалната адаптация.

В посока на изследователския проблем на дисертацията е важно да бъдат обсъдени конкретните промените в ДСН-5., които се отнасят до емоционалните и поведенческите категории нарушения в детско-юношеска възраст и зряла възраст. Някои по важни са:

1) Главата за тревожно разстройство на DSM-5 изключва обесивно-компулсивно разстройство, посттравматично стресово разстройство и остро стресово разстройство и ги премества към свързани с травма и стресор разстройства. Направени са множество промени в типовете тревожни разстройства.

2) Тревожност от раздяла, Селективен мутизъм се поставя в глава Тревожни разстройства

3) DSM-5 критериите за посттравматично стресово разстройство се различават значително от тези в DSM-IV. Докато в DSM-4 има три основни клъстера на симптоми - повторение на преживяното, избягване и възбуда, то в DSM-5 са въведени четири клъстера от симптоми. Избягване - клъстерът е разделен на два самостоятелни: избягване и постоянни отрицателни промени в знанията и настроението. Последната категория включва нови симптоми, като постоянни отрицателни емоционални състояния. Също така включва раздразнително или агресивно поведение и безразсъдно или саморазрушително поведение. Посттравматичното стресово разстройство сега е чувствително към развитието, тъй като диагностичните прагове са намалени за деца и юноши. Освен това са добавени отделни критерии за деца на възраст 6 години или по-малки с това заболяване

4) В DSM-IV диагнозата реактивното разстройство на привързаността има две разновидности в детска възраст: *емоционално оттегляне (инхибиран тип)* и *социална неангажираност (дизинхибиран тип)*. В DSM-5 тези подтипове се определят като различни разстройства: *реактивно разстройство на привързаността* и *потисната социална ангажираност*. И двете разстройства са резултат от социално пренебрегване или други ситуации, които ограничават възможността на малкото дете да формира селективни привързаности. Въпреки че етиологията е идентична, двете заболявания се различават съществено. Реактивното разстройство на привързаността прилича повече на интернализиращ тип разстройство и по същество е еквивалентно на липса или непълното формиране на селективна привързаност към възрастните, които се грижат за него. Разстройство на социалното ангажиране прилича повече на ДВХА и би могло да се появи при деца, които имат конкретни привързаности. Двете смущения се различават и по други важни моменти, като посока на развитие и реакция на терапевтичните мерки. Поради това се считат за отделни нарушения.

5) Главата „Разрушително поведение, нарушения на импулсивния контрол и кондуктивно разстройство” е нова за DSM-5. Тя обединява разстройства, които в DSM-IV са включени в главата "Разстройства, обикновено диагностицирани в ранна детска възраст, детството или юношество" и в глава "Нарушения на импулсивния контрол, които не са определени по друг начин" (т.е., периодични избухвания, пиромания и клептомания). Тези разстройства се характеризират с проблеми в емоционалния и поведенческия самоконтрол. Поради тясната връзка с разстройство на поведението и антисоциалното разстройство на личността, те имат двойно вписване в тази глава и в главата за нарушения на личността. ДВХА разстройство често се комбинира с разстройствата в тази глава, въпреки че е вписано и в главата „Невроразвитийни нарушения”.

6) Направени са четири уточнения в критериите за опозиционно-девиантно разстройство. Първо, симптомите сега са групирани в три типа: ядосано/ раздразнително настроение, аргументирано/предизвикателно поведение и отмъщение. Тази промяна подчертава, че разстройството отразява емоционалната и поведенческата симптоматика. На второ място, критерият за изключване на поведенчески(кондуктивни) нарушения е премахнат. Трето, като се има предвид, че много от поведението,

свързани със симптомите на опозиционно-девиантното поведение се срещат често в нормално развиващи се деца и юноши, към критериите са добавени изисквания за определена честотата на проявите. Четвърто, добавени са критерии за тежест на проявленията.

7) Основната промяна в DSM-5 за периодичното експлозивно разстройство е вид агресивни изблици, които трябва да бъдат взети под внимание. При DSM-IV е достатъчно само наличие на физическа агресия, докато при DSM-5 се взема предвид също и словесната агресия, неразрушителната физическа агресия. DSM-5 също така предвижда специфични критерии, определящи честотата на агресивните изблици. Уточнява се, че импулсивното и /или гневно поведение трябва да причинява явен стрес, да засяга професионалното или междуличностното функциониране или да има негативни финансови или правни последици. Освен това, поради недостатъчното изследване на това заболяване при малките деца и потенциалната трудност да се разграничат тези изблици от нормални гневни прояви при малките деца, сега се изисква минимална възраст от 6 години за да се постави диагнозата.

Специализираната литература показва, че по-голямата честота на емоционални и поведенчески разстройства при увреден слух остава не достатъчно изяснен проблем (Това често се обяснява с неадекватен инструментариум за диагностика. Въпреки това има данни, че само ¼ от емоционално-поведенческите нарушения при чуващите връстници са диагностицирани като такива. Ясно е, че проблемът с ранната диагностика, превенцията и организираната терапия е общ проблем. От позицията на ДСН-V разбирането за емоционално-поведенческите разстройства и изискването за създаването на нов диагностичен инструментариум за детско-юношеска възраст, който да осигурява аргументирана емпирична база за поставяне на диагнозата може да се мисли, че проблемът за психичното здраве навлиза в качествено нов етап на решаване в съвременното общество.

ВТОРА ГЛАВА

ЕМОЦИОНАЛНИТЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИТЕ ПРОБЛЕМИ НА ДЕЦА, МЛАДЕЖИ И ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ (емпиричен дизайн)

2.1. Методология на емпиричното проучване

2.1.1. Предметна област и методологични подходи на емпиричното проучване

Настоящото емпирично изследване е насочено към закономерностите и проблемите в социалното и емоционалното развитие при вродени/ранопридобити увреждания на слуха. Тази проблематика се вписва в **предмета на специалната педагогика**, която проучва предпоставките и методите за ефективно посрещане на специалните образователни потребности.

Обект на емпиричното изследване са защитните и рискови фактори за психичното здраве на деца, младежи и възрастни с увреден слух.

Проведеното емпирично изследване е съобразено със следните **методологични подходи**:

- *Мултифакторен модел на психичното здраве и психичните нарушения*
- *Системно-структурен подход към психичното здраве/психичните нарушения*
- *Възрастов подход (генетичен) към психичното здраве при увреден слух*
- *Конструктивистки подход към психичното здраве и емоционално-поведенческите проблеми при увреден слух*
- *Социален подход към появата и диагностиката на психичните нарушения в детско-юношеска и зряла възраст при увреден слух*
- *Комплексен терапевтичен подход*

2.1.2. Цел, хипотези и задачи

Целта на проведеното експериментално проучване е да бъде разширено познанието за факторите, влияещи върху характера на специалните потребности, свързани с психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух.

Хипотези

Хипотеза №1. Предполагаме, че появата на емоционални и поведенчески проблеми при деца и възрастни с предлингвистична глухота е мултифакторно детерминирана от общи и специфични биологични, психологични и социални фактори с протекционен и рисков характер. Глухите деца и възрастни са в по-голям риск от чуващата популация за поява на психични нарушения.

Хипотеза №2. Във всеки възрастов период се появява специфичен комплекс от рискови и защитни фактори, който влияе върху социо-емоционалното развитие при увреден слух. Възрастовата динамика на рисковете за психични нарушения при увреден слух следва закономерности, типични за чуващата популация, но във всеки възрастов етап се очакват специфични профили на психичното здраве.

Хипотеза №3. Популацията на хората с увреден слух е хетерогенна по отношение на етиология, степен на слухов дефицит, слухов статус на семейството, образователна среда и терапевтични условия, комуникативни компетентности и условия за овладяване на жестов език. Очаква се специфично влияние на тези фактори върху психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух.

Хипотеза №4. В зряла възраст вътрешногруповите различия в профилите на психичното здраве на глухите хора намаляват, поради придобити стратегии за справяне със стреса, за приобщаване към социалните групи от чуващи или глухи, както и поради самоактуализацията в семейния и професионалния живот.

2.2. Изследователски стратегии

В съответствие с целта, хипотезите и задачите са приложени количествени и качествени изследователски стратегии в събирането на емпирична информация за психичното здраве при увреден слух. Емпиричните факти са изведени от *репрезентативна извадка* на лицата с увреден слух в България, като са представени различни възрастови групи от съществуващите образователни, медицинско-реhabилитационни и социални структури:

Възраст	Родителски оценки	Учителски Оценки	Самооценки на ученици	Самооценки на възрастни	ОБЩО
Доучилищна възраст	34	33	0	0	67
Училищна възраст	72	72	61	0	205
Следучилищна възраст	0	0	0	212	212
ОБЩО	106	105	61	212	484

Подборът на извадката позволява да се приложи *кроссекционална стратегия* в изследването на психичното здраве, тъй като в него е заложена идеята да бъдат добре представени субгрупи, диференцирани по общи и специфични демографски фактори. Подготвена Анкета за общи и специфични демографски характеристики на изследваните лица (Приложение1). Анкетата е структурирана в 2 части:

- ✓ Първата събира информация за общите демографски фактори: възраст, пол и образование;

- ✓ Втората част е събира данни за специфичните демографски фактори

Емпиричната база данни обхваща общо 484 индивидуални профила на психичното здраве при деца и възрастни с увреден слух. Те са разпределени по начин, показан в таблици № 1.

2.3. Инструментариум на изследването

2.3.1. Батерия на Акенбах за емпирична оценка на поведението (ASEBA)

ASEBA отразява съвременната тенденция в медицинските класификации да интегрира възрастов и социален подход към превенцията, диагностиката и терапията на психичните нарушения, както и да оценява коморбидност на психични нарушения в детско-юношеска възраст.

Българската стандартизация на ASEBA е дългогодишен процес, който се провежда под ръководството на М. Станкова (НБУ). Това е нов за българските условия метод за оценка, който дава възможност за извеждане на симптоми на емоционални и поведенчески проблеми в детско-юношеска възраст, тяхното групиране в по-големи единици – *Екстернализирани*, *Интернализирани* и *Общи проблеми*, а също и в по-висок ранг синдроми на емоционално-поведенчески разстройства, включени в DSM-IV и DSM-V класификацията.

В изследването на емоционалните и поведенческите проблеми при увреден слух са използвани следните структурирани въпросници от Системата на Акенбах (Приложения в дисертацията):

- ✓ Поведенчески въпросник за деца на възраст 1.5-5 години (CBCL), Achenbach, Rescorla, 2000 ;
- ✓ Въпросник към възпитатели и учители за деца на възраст 1.5-5 години, Achenbach, 1997, (TRF); (Приложение 2)
- ✓ Поведенчески въпросник за ученици на възраст 6-18 години (CBCL), Achenbach, Rescorla, 2001;
- ✓ Въпросник към възпитатели и учители за ученици на възраст 6--18 години (TRF), Achenbach, Rescorla, 2001;
- ✓ Самооценъчен въпросник към ученици на възраст от 11-18 г. (YRF) Achenbach, Rescorla, 2001;

Въпросниците предлагат 3-степенна скала (0, 1, 2) за количествена оценка на поведението.

Първите два въпросника са за доучилищна възраст и предлагат 99 описателни твърдения на родители и учители. Третият и четвъртия въпросник са предназначени за родители и педагози на ученици и всеки включва 113 описателни твърдения; Последният въпросник се предлага за самооценка на собственото поведение от страна на учениците. Оценка се разпределят по Психологическа синдромна скала и по Психопатологическа синдромна скала.

Психологическата синдромна скала за доучилищна възраст включва в своята структура 7 психологически синдрома, които от своя страна са обобщени в три по-големи категории: *Интернализирани проблеми* (Емоционална реактивност, Тревожност/Депресивност, Оттегленост) и *Екстернализирани проблеми* (*Проблеми с вниманието* и *Агресивно поведение*).

Психопатологическата синдромна скала е ориентирана към DSM-IV медицинската класификация на психичните нарушения и оценките се разпределят към рискове за 6 клинични разстройства - *Афективно*, *Тревожно*, *Первазивно разстройство на развитието*, *Дефицит на внимание и хиперактивност*, *Опозиционно-поведенческо разстройство*

Психологическата синдромна скала за училищна възраст включва в своята структура 8 психологически синдрома - *Тревожно-депресивен*, *Оттегленост/Депресивност*, *Соматични оплаквания*, *Социални проблеми*, *Проблеми с мисленето*, *Проблеми с вниманието*, *Нарушаващо правилата поведение*, *Агресивно поведение*, които също са разпределени към трите по-големи категории: *Интернализирани*, *Екстернализирани* и *Общи проблеми*.

Психопатологическата синдромна скала е ориентирана към критериите и нозологичните единици на DSM-V и включва 9 психопатологични синдрома - *Афективно разстройство*, *Тревожно разстройство*, *Психосоматично разстройство*, *Дефицит на внимание/Хиперактивност (ДВХА)*,

Опозиционно – девиантно поведение, Поведенческо (кондуктивно) разстройство, Забавено когнитивно темпо, Обсесивно-компулсивно разстройство, Пост-травматичен стрес и Положителни качества.

2.3.2. Личностни въпросници

2.3.2.1. Въпросник за тревожност на Ч. Спилбъргър

Въпросникът е стандартизирана за българската популация с изведени норми за мъже и жени. Използвани са двете форми – скала за Ситуативна тревожност и скала за Личностна тревожност. Всяка от тях съдържа по 20 твърдения, които се оценяват по 4-бална скала.

2.3.2.2. Въпросници за тревожност и депресия на У. Цунг

Скалата за Тревожност изследва дезадаптивните форми на поведение. Включени са 20 твърдения с най-разпространената симптоматика на тревожност, които Твърденията изразяват симптоми, преживявания, оплаквания, свързани с различни видове страх. Скалата за депресия оценява най-типичната симптоматика на състоянието. Също се прилага 4-ри степенна скала за оценка. Посочени са нормативи за определяне на равнище на депресия – норма, лека, умерена и тежка степен.

2. 4. Статистически методи за обработка на емпиричната информация

Тази част описва използваните дескриптивни статистики и методи на статистическия извод. Дефинирани са независимите и зависимите променливи в проучването.

ТРЕТА ГЛАВА

ЕМОЦИОНАЛНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ НА ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ С УВРЕДЕН СЛУХ (анализ на резултатите)

В първата част на тази глава първичните данни от приложените структурирани въпросници са обработени с методите на описателната статистика и това позволява да бъде изведен обобщен профил на психичното здраве на глухите хора. Тъй като се предполага, че в доучилищна възраст емоционалното общуване на малките деца с възрастните е твърде усложнено, а вербалната комуникация силно ограничена, в началото са анализирани обобщените профили за доучилищната възраст (1.5 – 5 г.), следват обобщените резултати за цялата училищна възраст (6-18/20 г.) и накрая са анализирани профилите на психичното здраве на възрастните с увреден слух (21 – 65 г.). Предложен е сравнителен анализ с нормативни профили, изведени от извадки на чуващи връстници в изследвания на М. Станкова (2012) и Я. Пачолова (2017). Резултатите позволяват да се провери първата хипотеза на проучването.

Във втората част на главата е проследена възрастовата динамика на психичното здраве в по-диференцирани възрастови микропериоди, за които се очакват промени в психосоциалната ситуация на развитието, специфични рискове и защити на психичното здраве. Проверява се втората главна хипотеза за поява на възрастови специфики в рисковите фактори за поява на психични разстройства, чрез което би могла да бъде обоснована нуждата от диференциран подход към превенцията и терапията в популацията на глухите деца и възрастни.

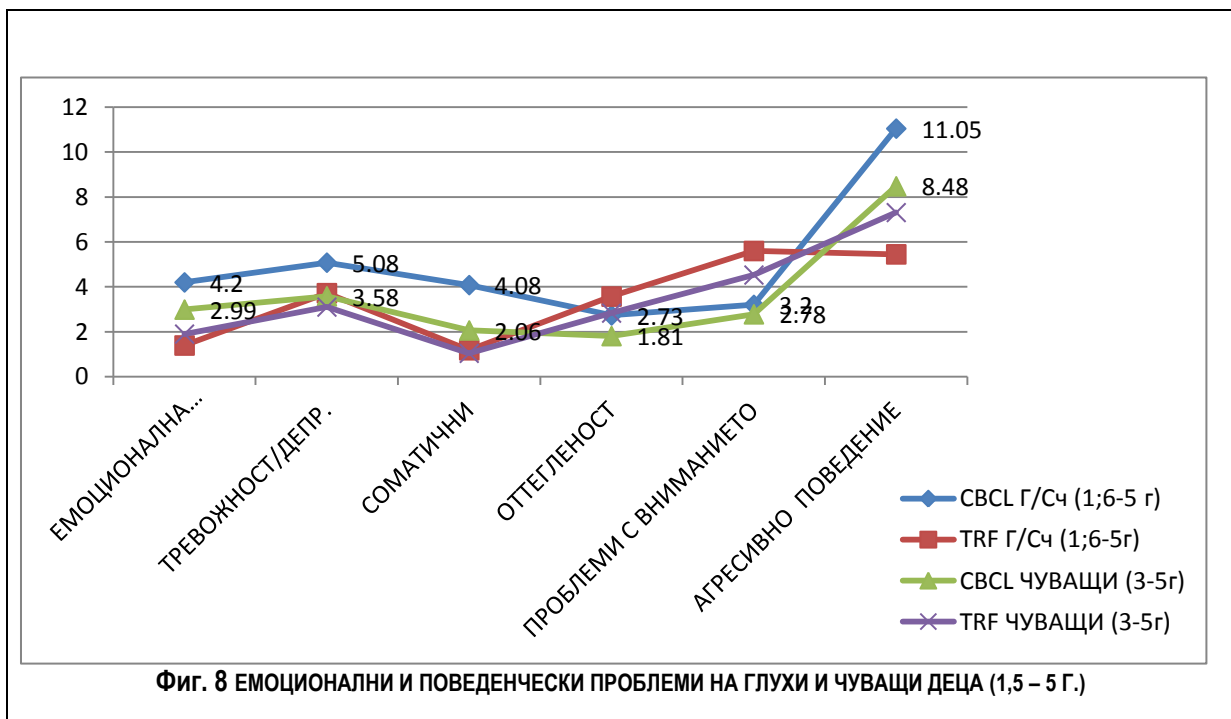
Третата част от анализите е насочена към влиянието на специфичните за глухотата биологични, психологични и социални фактори върху психичното здраве. Проучено е значението на етиологията на увреждането, степен на слухов дефицит, глухота в семейството, образователна среда, условия за овладяване на жестов език, начин на комуникация с близката социална среда (семейство, глухи връстници, чуващи връстници).

3.1. Обща характеристика на психичното здраве при увреден слух

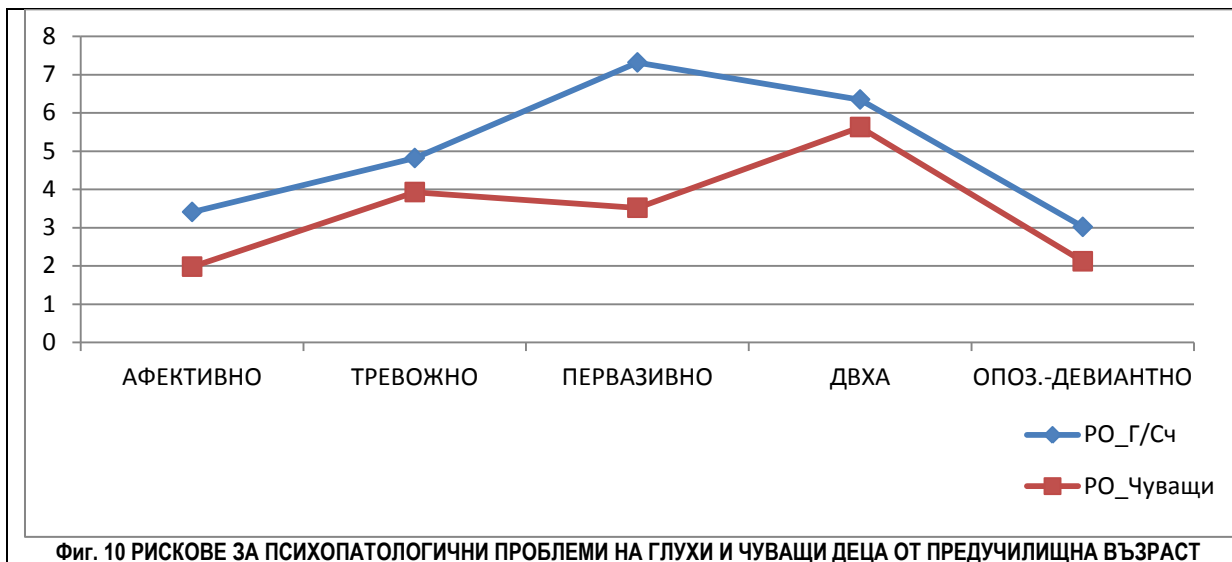
Общата характеристика на психично здраве е изведена от емпиричните данни във връзка с аргументите за **Хипотеза №1** в която се твърди, че глухите/слабочуващи деца и възрастни са в по-голям

риск от чуващата популация за поява на психични нарушения. Анализирани са оценките на родители (CBCL), педагози (TRF) и самооценките на учениците (YRF) по Психологическа синдромна скала и Психопатологическа синдромна скала за доучилищна и училищна възраст (1 г. 6 м. – до 20 г.), както и самооценките в зряла възраст (21 – 65 г.) от Въпроосниците на Spilberger и Zung. За сравнение с чуващите връстници са използвани нормативни данни, изведени за предучилищна възраст от Станкова (2012) и за училищна от Пачолова, Станкова и Тодоров (2017). Проучването установява следното:

1). Глухите/слабочуващи (Г/Сч) и чуващите деца в доучилищна възраст имат сходен поведенчески профил, но емоционално-поведенческите проблеми по Психологическата синдромна скала са значително по-силно изразени при Г/Сч деца според родителите, докато педагозите не откриват съществени различия. Двете групи са с най-очертани проблеми при *Агресивното поведение* и *Тревожно-депресивните състояния*. Различия се наблюдават при *Соматичните проблеми* и *Емоционалната реактивност*, които са по-силно проявени при уреден слух. В предучилищна възраст интернализираните проблеми на Г/Сч деца като обща характеристика са по-силно проявени по оценките на родителите, което е индикатор за сериозен дискомфорт във вътрешните им преживявания.

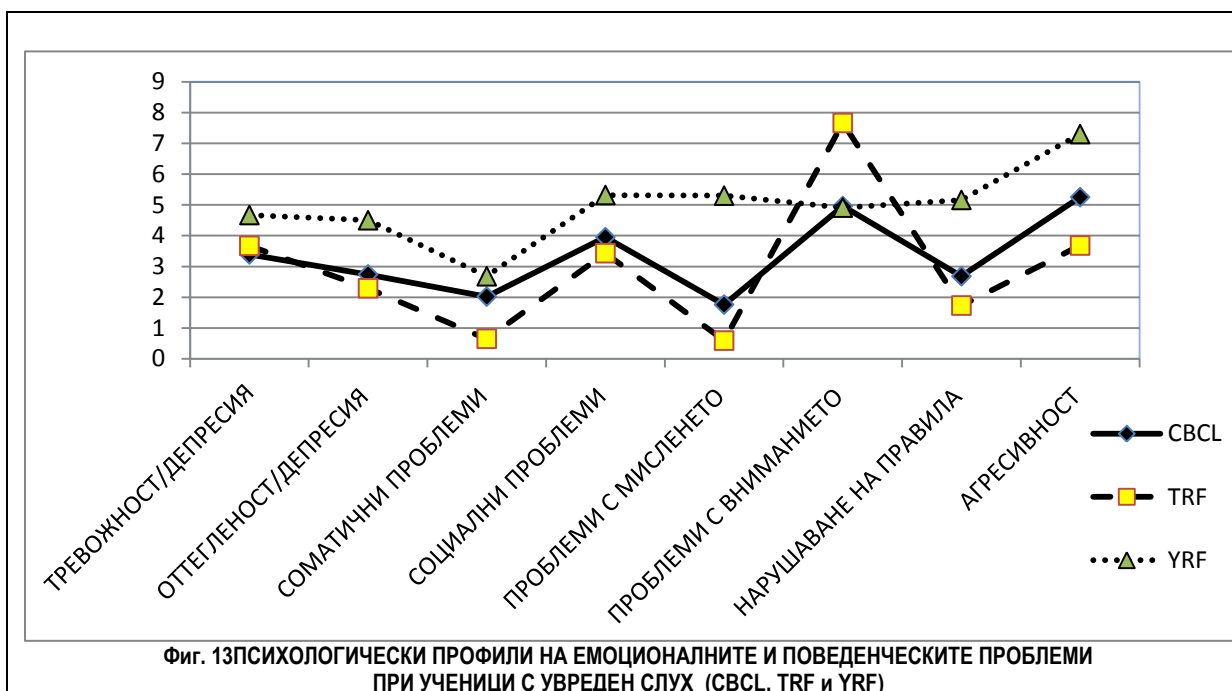


Според диагностичните критерии в психиатричната класификация ДСН-IV проучването установява силно изразени рискове на Г/Сч деца за *Первазивно разстройство*, а по отношение на останалите синдроми не се появяват различия с чуващите връстници. Двете групи има очертан риск за *Хиперактивност с дефицит на внимание (ХАДВ)*.



Междуполови различия в доучилищна възраст при Г/Сч деца се откриват при *Соматичните проблеми и рисковете за Афективно разстройство*, които са по-силно проявени при момчетата.

2). **В училищна възраст** по Психологическата синдромна скала трите гледни точки за учениците с увреден слух са в синхрон за доминирането на проблеми с *Вниманието и Агресивното поведение*, следвани от *Социалните проблеми и Тревожност/Депресивност*. Интересно е, че по отношение на обобщената психологическа скала тези трите гледни точки се разминават. Според родителите Интернализираните и Екстернализираните проблеми са балансирани, според учителите Екстернализираните проблеми имат по-висока интензивност, а в самооценките на учениците с увреден слух доминира Интернализираният тип проблеми.



Психологическите профили на Г/Сч ученици са идентични по форма с тези на чуващите връстници, но симптоматиката е по-силно изразена. Значими статистически са различията при

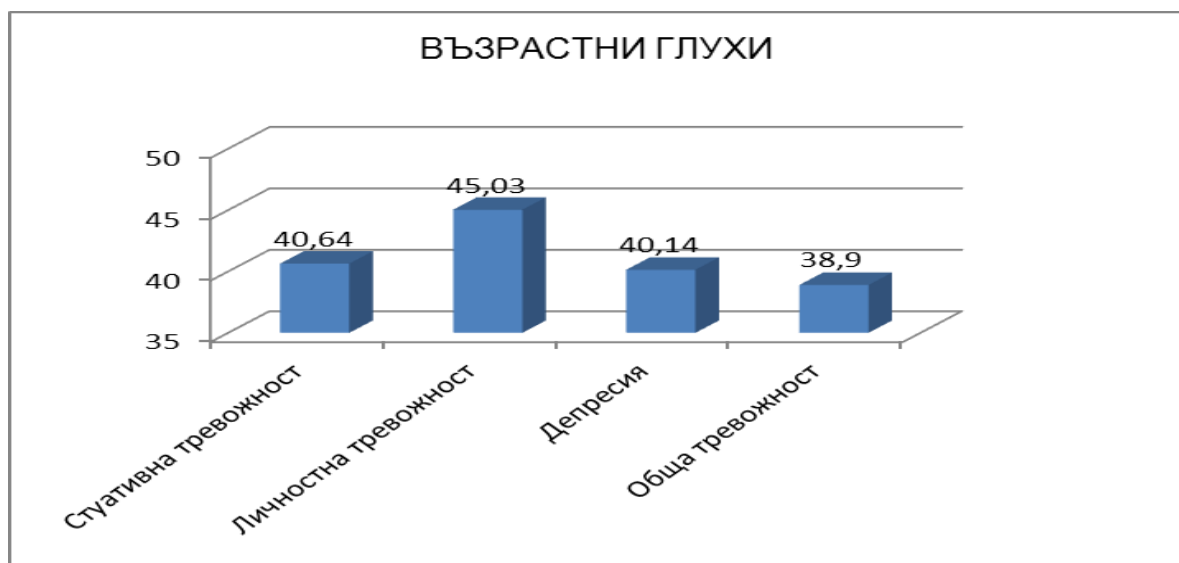
синдромите *Оттегленост-Депресивност****, *Социални проблеми**** и в по-малка степен при *Проблеми с мисленето** и *Проблеми с вниманието** и по обобщената скала *Интернализирани проблеми**.

Според критериите на DSM-V класификацията оценките на родители и специалисти-педагози насочват към най-голям риск за поява на *Посттравматично разстройство* и *ДВХА*, *Поведенческо* и *Афективно разстройство*. Самооценките на ученици са по-критични и посочват значително по-висока степен на рисковете за психичното здраве, особено за *Обсесивно-компулсивно*, *Поведенческо разстройство* и *Афективно разстройство*.

В сравнение с чуващите връстници рисковете за психичното здраве при Г/Сч са по-високи при *Психосоматичното**** и *Тревожно разстройство**.

Структурата на психологическите профили при двата пола е идентична, но в количествен план момчетата с увреден слух имат повече емоционално-поведенчески проблеми, с изключение на леко завишените показатели за *Тревожност/Депресивност* при момчетата. Статистически значими различия се наблюдават по скалата за *Агресивност** и обобщената скала *Екстернализирани проблеми** с повишени показатели за момчетата. Профилите на психопатологичните синдроми също се отличават с идентична структура при двата пола, но момчетата с увреден слух са по-рискова група за поява на *Психотравматично разстройство*, *ДВХА* и *Поведенческо разстройство*.

3). При **възрастните** Г/Сч лица средните показатели за Ситуативна тревожност се оказват по-ниски от изведените нормативи за чуващите мъже и жени. *Личностната тревожност* е по-висока от средната норма за чуващите мъже и се изравнява с тази при чуващите жените. В следучилищна възраст част от Г/Сч хора може би са в по-голям риск за превръщане на тревожността в устойчива черта на личността. По показателите за депресия и обща тревожност Г/Сч възрастни хора са в нормативни граници.



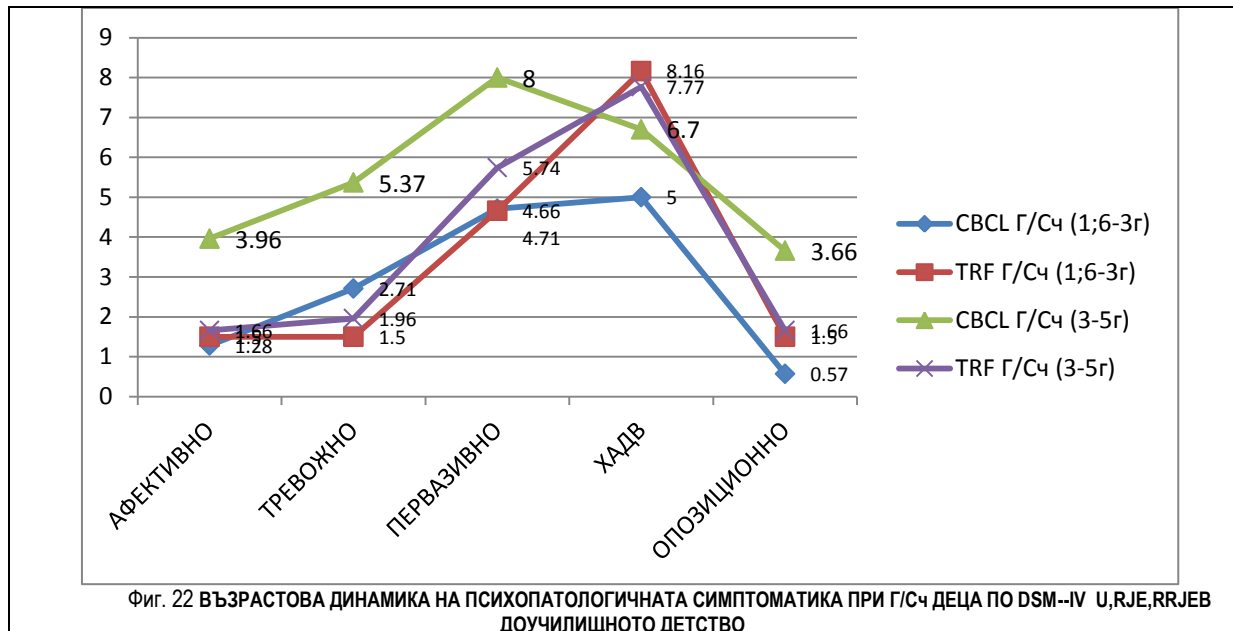
Фиг. 19 ЕМОЦИОНАЛЕН СТАТУС НА ВЪЗРАСТНИ ХОРА С УВРЕДЕН СЛУХ

Междуполовите различия се очертават главно при Личностна тревожност, която при мъжете с увреден слух е по-висока от тази при жените, както е по-висока и от средните величини при чуващите мъже. За жените с увреден слух показателите за Личностна тревожност попадат под нормативите за чуващите. Тези резултати изясняват, че проблемите с превръщането на тревожността в личностна черта е по-вероятна за мъжете с увреден слух. По скалата за Депресия мъжете имат също стойности над средната норма.

3.2. Динамика на рисковете за психичното здраве в периода на детско-юношеската възраст

Анализът в този параграф на дисертационния труд проверява предположението на **Хипотеза №2**, че емоционалните и поведенческите проблеми при увреден слух следват общите възрастови закономерности за чуващата популация, но във всеки възрастов микропериод се появява специфичен профил на психичното здраве. Изведени са профили за психичното здраве в 6 микропериода на детско-юношеската възраст при увреден слух (от 1г. 6 м. до 20 г.), които се сравняват с профили на нормативна извадка от чуващи. Анализите разкриват следните факти за възрастовата динамика на рисковете за психичното здраве (Психопатологичната синдромна скала):

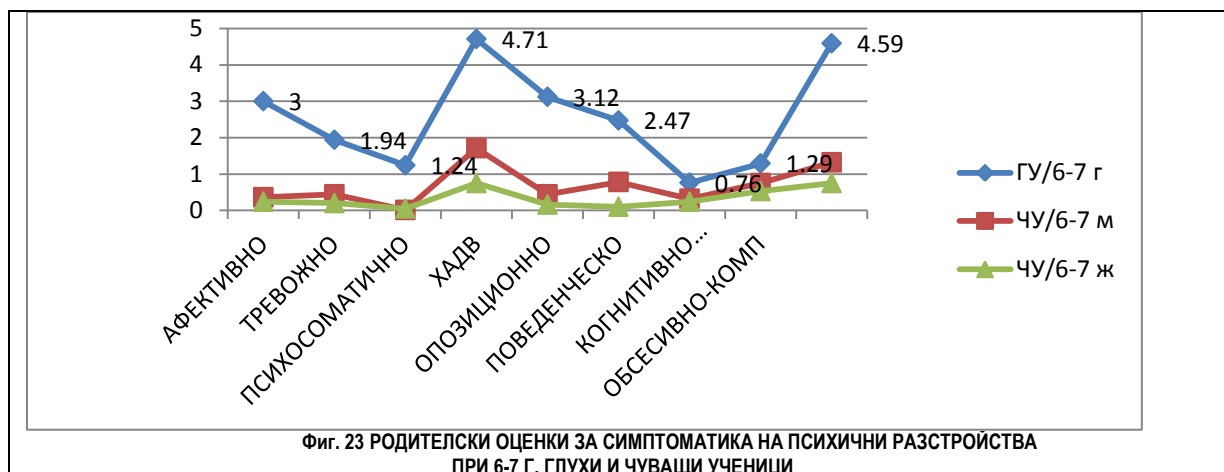
1). При най-малките деца с увреден слух на възраст от **1г. 6м. до 3 г.** профилите на родителите и учителите имат една и съща форма, като водещо място заемат рисковете за **ХАДВ**, следвани от тези за **Первазивно разстройство**. Чуващите деца също имат по-очертани рискове за **ХАДВ**, следвани от тези за **Тревожност** и **Первазивно разстройство**, но са с по-малка интензивност.



2). В **периода от 3 г до 5 г.** профилът на клиничните проблеми при Г/Сч деца се променя, като на първи план излизат рисковете за **Первазивно разстройство**, следвано от тези на **ХАДВ** с много по-висока степен и честота на проявление на симптоматиката, които се допълват от оценките на родителите за силно повишен риск и за **Тревожно** и **Афективно разстройство**.

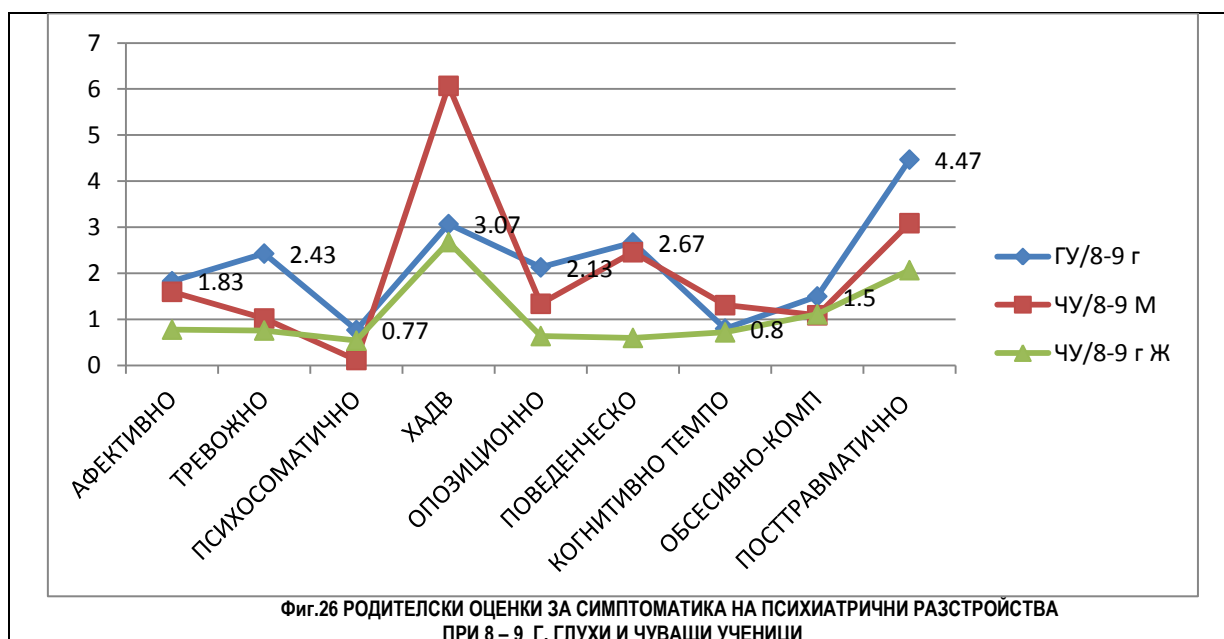
Резултатите показват, че психосоциалната ситуация на развитието във възрастта 3-5 г. е особено критична за психичното здраве на Г/Сч деца. Откриването на глухотата и диспозициите на родителите, медицинските интервенции, промените в биологичните и когнитивни структури, бариерите в свободното междуличностното общуване с чуващи връстници, контактите с непознати специалисти от различни области вероятно са част от причините за повишена стресогенност на вътрешната и външната среда, в която се развиват децата.

3). В **началото на училищната възраст, малките (6/7 г) Г/Сч ученици** по всички психопатологични синдроми имат по-високи показатели от чуващите. Родители и учители оценяват най-високо рисковете за **ДВХА**, **Посттравматично разстройство**, следвано от **Опозиционно**, **Афективно** и **Тревожно разстройство**. В сравнение с възрастта 3-5 г., рисковете за клинична диагноза се увеличават, като се появяват нови - за **Посттравматично разстройство**, **Опозиционно** и **Поведенческо (кондуктивно)**.



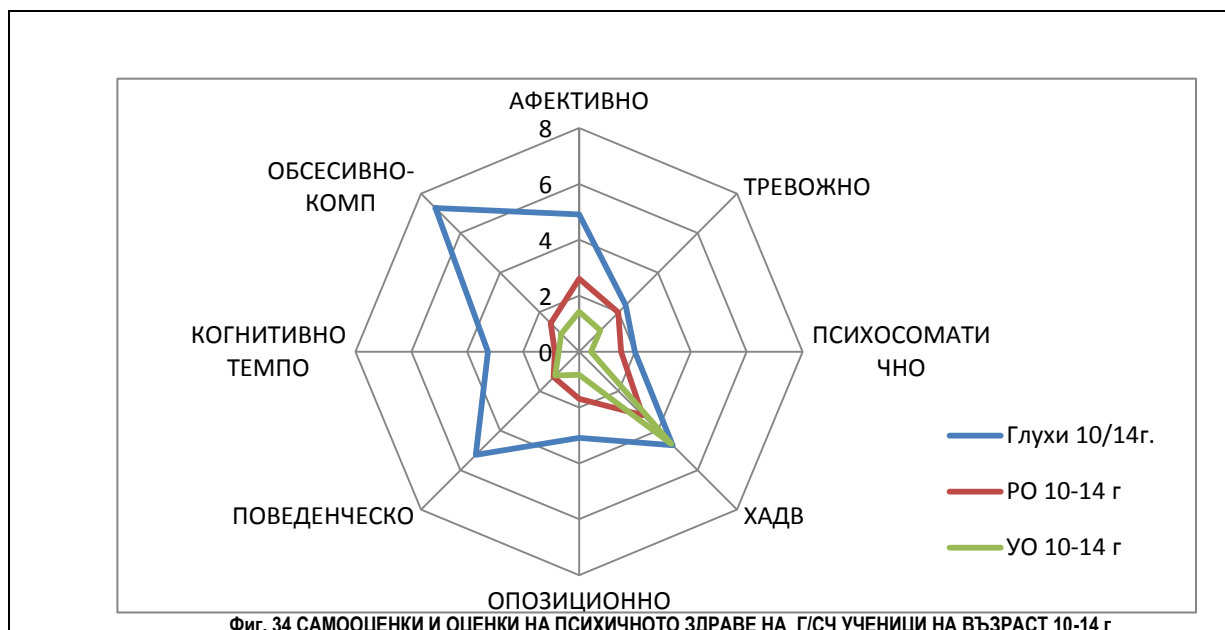
Фиг. 23 РОДИТЕЛСКИ ОЦЕНКИ ЗА СИМПТОМАТИКА НА ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ 6-7 Г. ГЛУХИ И ЧУВАЩИ УЧЕНИЦИ

4). При **8/9 г. ученици** профилът на психичното здраве не се променя, но емоционално-поведенческата симптоматика бележи значителен спад. Вероятно по-големите 8/9 г ученици с увреден слух изграждат по-успешно защитни умения и стратегии в сравнение с тези на Г/Сч ученици на 6/7 г. Наблюдава се тенденцията за укрепване на психичното здраве с възрастта, но относително голяма устойчивост и сериозните рискове остават за *ДВХА* и *Посттравматично разстройство*.



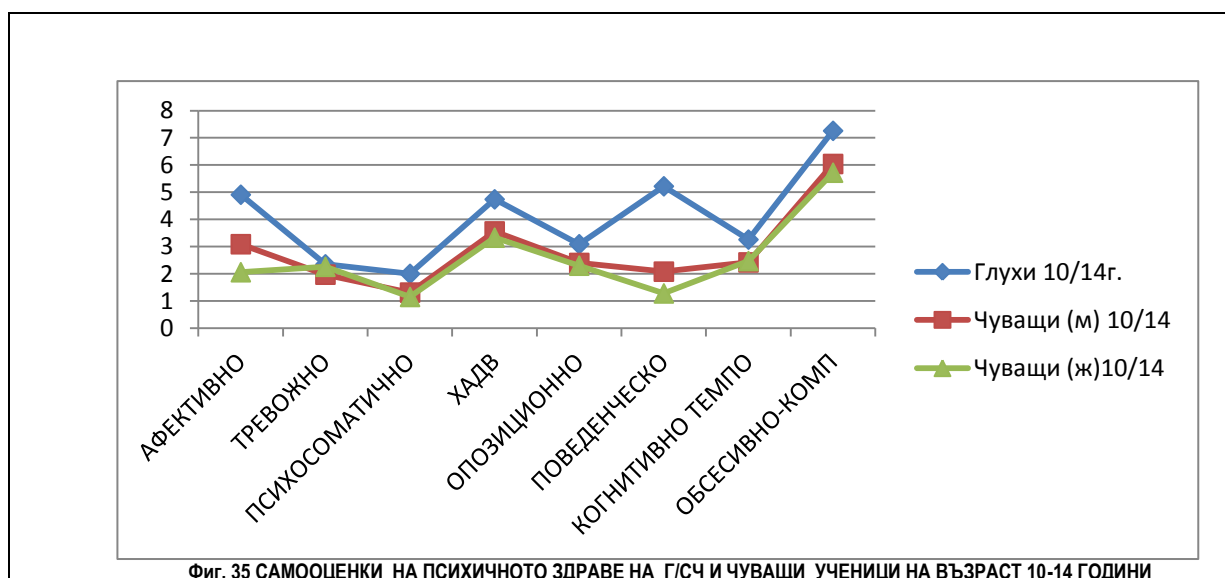
Фиг.26 РОДИТЕЛСКИ ОЦЕНКИ ЗА СИМПТОМАТИКА НА ПСИХИАТРИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ 8 – 9 Г. ГЛУХИ И ЧУВАЩИ УЧЕНИЦИ

5). В **средна училищна възраст (10-14 г)** профилите на Г/Сч ученици и чуващите им връстници се прекриват, както по форма, така и по степен на симптоматиката. Най-силно се проявява рискът за *Посттравматично разстройство*, като няма разлика в интензитета на симптоматиката. Следват проблеми, които се отнасят до симптомите за диагноза *ДВХА*, които също не се различават по интензивност при Г/Сч и чуващите ученици. За *Афективното разстройство* обаче се установява по-голяма степен на риск при Г/Сч ученици.



Така, в периода 10-14 г. според оценките на родители и педагози, тенденцията за укрепване на психичното здраве на Г/Сч ученици продължава, но остават сериозните рискове за *Посттравматично разстройство и ДВХА*, които се оказват идентични с тези на чуващите връстници.

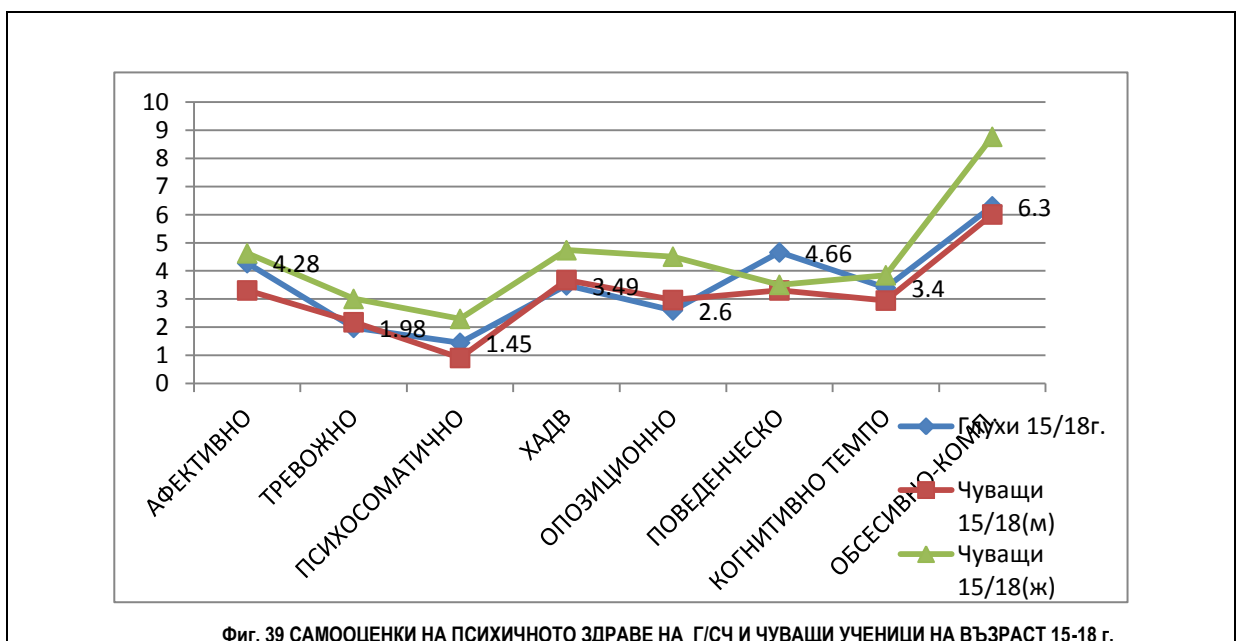
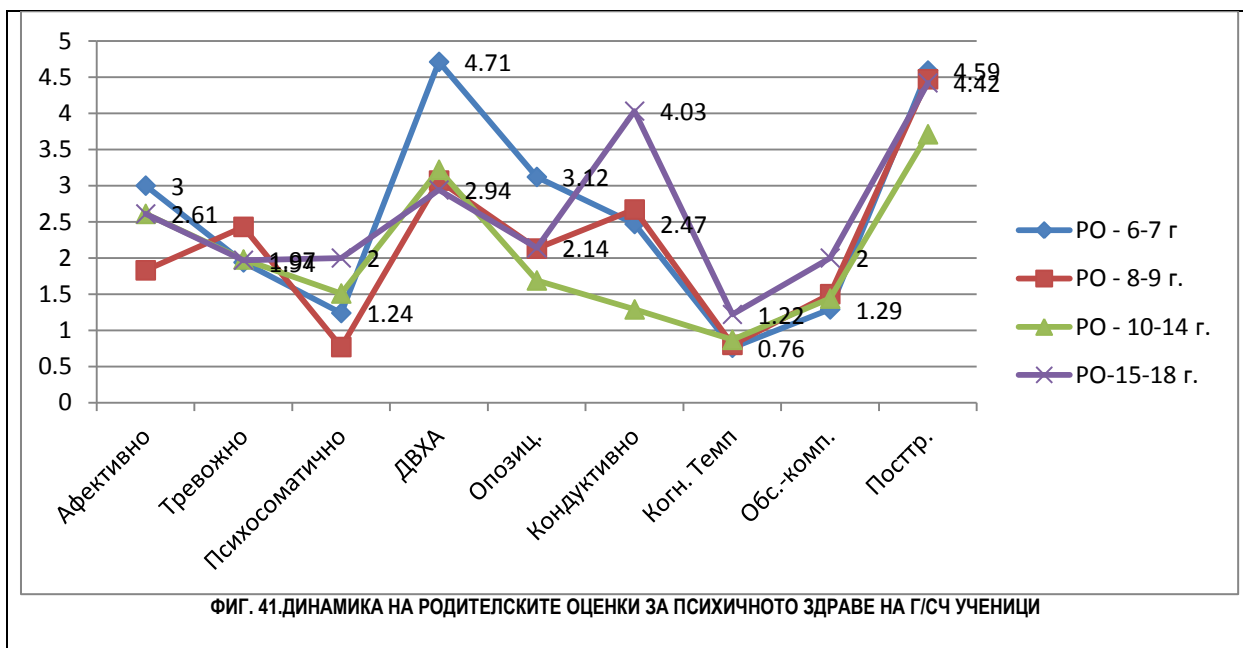
Интерес представлява установения факт, че Самооценките на ученици от средна училищна възраст (10-14 г.) се различават твърде много от тези на родители и педагози. Глухите ученици посочват по-голям брой психопатологични синдроми и с по-висока степен на проявление. Профилите на психичното здраве по самооценките на глухите и чуващите ученици обаче също остават много близки по форма, въпреки че симптоматиката при Г/Сч ученици е по-силно изразена. В двете групи на първо място са проблемите, свързани с *Обсесивно-компулсивно разстройство*, следва *Кондуктивно/поведенческо разстройство* и *Афективно разстройство*. Високи са показателите за *ДВХА*.



Може да се обобщи, че учениците (нечуващи и чуващи) в пубертета имат много негативни чувства, а техният вътрешен свят и преживявания остават скрити от погледа на родители и учители. Това заслужава вниманието на семейството и специалистите по психично здраве.

6). В горна училищна възраст (15-18 г.) оценки за психичното здраве на глухите ученици показват спад в интензитета на симптоматиката, в сравнение с този на 10-14 годишните ученици. Изключение прави твърде завишената симптоматика по скалата *Поведенческо (кондуктивно) разстройство*, със статистически значимост на различието ($p=0.03^* < 0.05$). Това е показателно за поява на нова дезадаптивна форма на поведение. Профилите на глухи и чуващи юноши в много голяма степен се покриват по форма и интензивност, както от оценките на родители и учители, така и на самооценките.

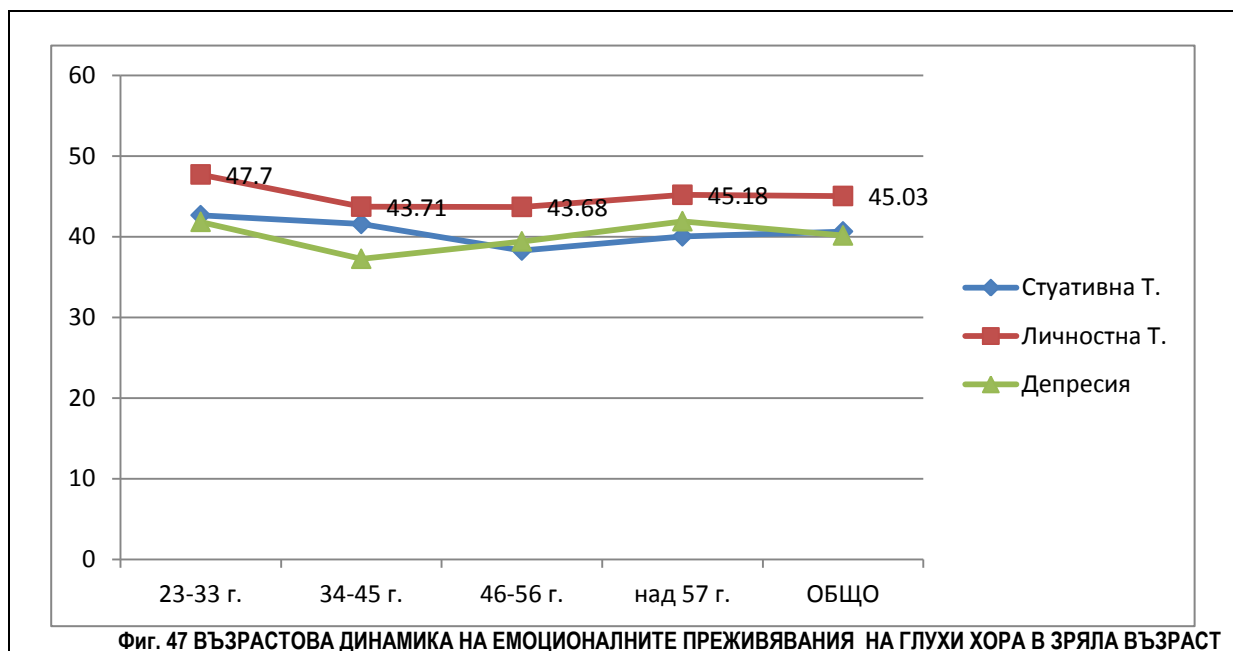
Самооценките подобно на предишния възрастов период отново за много по-критични. Като възрастово специфични при Г/Сч и техните чуващи връстници се появяват рисковете за *Посттравматичното разстройство*, следвани от *Афективно разстройство*, *ДВХА*, открива се умерен риск за *Опозиционно и Обсесивно-компулсивно разстройство*.



Може да се обобщи, че проучената възрастова динамика на психичното здраве в детско-юношеския период при увреден слух следва общите закономерности на промените при чуващите връстници, но се появяват количествени и качествени различия, специфични за възрастовите микропериоди. За глухите деца периодът от 3 до 7-годишна възраст е особено критичен за поява на психопатологични разстройства. Във възрастов план има тенденция за все по-голямо препокриване на профилите на глухи и чуващи ученици и за намаляване интензитета на симптоматиката. В средна и горна училищна възраст рисковете към различен тип психопатология се разширяват, което е отразено в самооценките както на учениците с увреден слух, така и на чуващите.

За целия период от 1г.6м до 20 г. глухите/слабочуващите деца имат устойчив риск за ДВХА и Посттравматично разстройство.

7). Динамиката на емоционалните проблеми при възрастните е проследена в 4 възрастови подгрупи по четири скали - Ситуативна и Личностна тревожност, Обща тревожност и Депресия. Фиг. 47 показва, че ранната следучилищна възраст (21-32 г.) е най-рисков период. След 33-годишна възраст, тревожните и депресивните състояния се появяват с по-малка честота и спада степента на проявление. Вероятно с решаването на проблемите със собствено семейство и професионална ангажираност се изграждат ефективни защитни механизми. В периода 57-65-годишна възраст обаче тревожността и депресивните състояния отново се повишават. Това е време на преосмисляне на собствения живот на границата и в пенсионната възраст, които провокират нови вътрешни преживявания с негативен характер. Тези два възрастови периода следва да бъдат обект на особено внимание на специалистите по Психично здраве във връзка със своевременната диагностика, превенцията и адекватна терапевтична помощ.



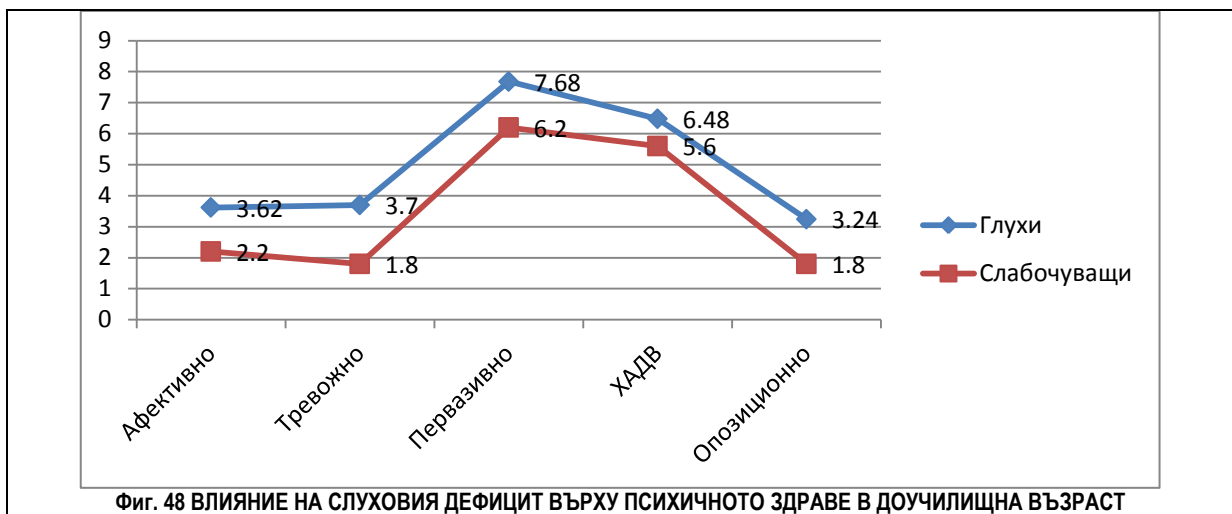
Въпреки нуждите от внимание към проблемите на възрастните хора с увреден слух, резултатите от тази част на анализа потвърждават предположението в Хипотеза №4, че в зряла възраст са изградени повече защитни стратегии в личността и рисковете за психичното здраве са силно ограничени в сравнение с детско-юношеския период.

3.3. Влияние на специфични за глухотата фактори върху психичното здраве

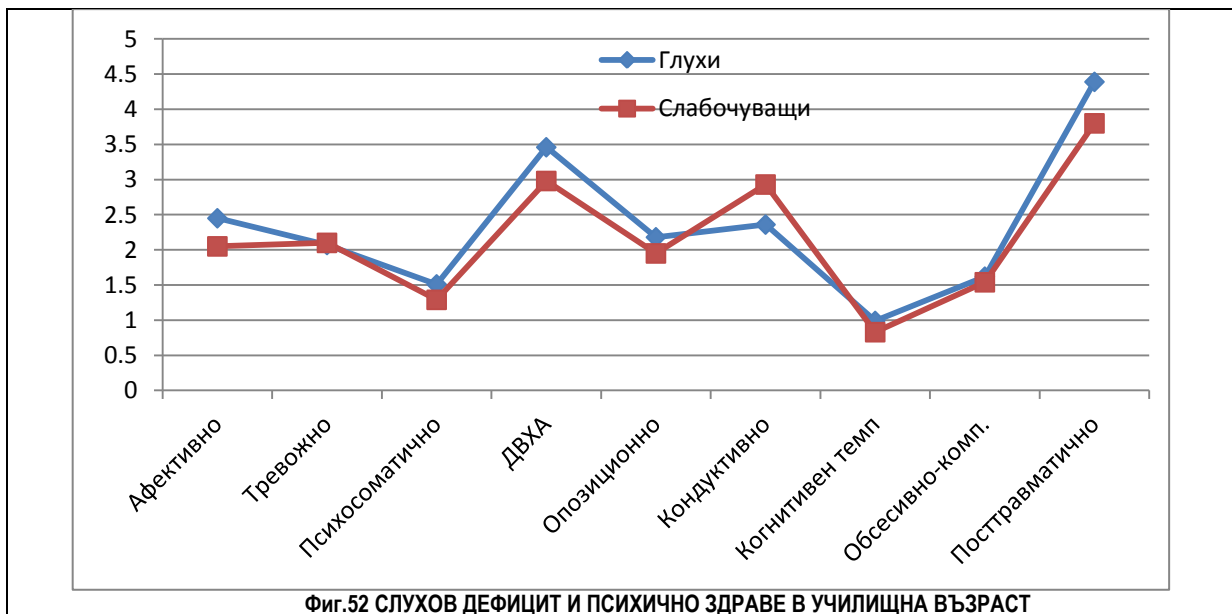
Този параграф от анализа на резултатите е насочен към проверка на **Хипотеза № 31**, която предполага, че популацията на глухите хора не е еднородна, а включва подгрупи със съществено различен статус на психичното здраве. Проучването извежда следните аргументи в нейна подкрепа:

1). Факторът **степен на слухов дефицит** разделя извадката на **глухи и слабочуващи**.

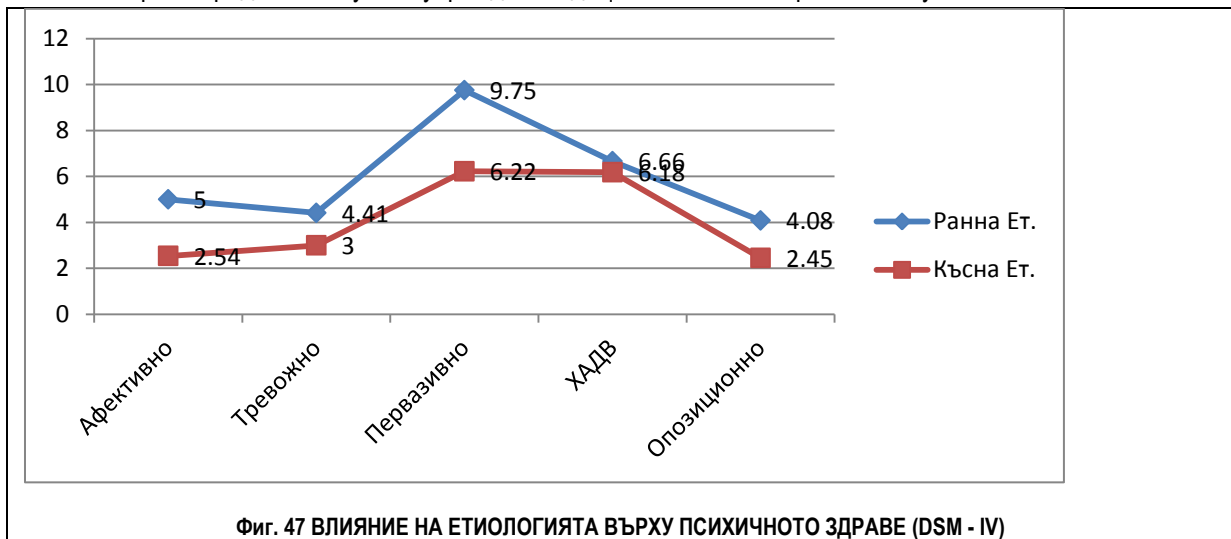
Проучването установява, че профилите на тези подгрупи в доучилищна възраст са идентични по форма, но глухите деца имат по-високи показатели по всички психопатологични синдроми, в сравнение със слабочуващите. В двете групи доминират рискове за Первазивно разстройство и Хиперактивност/дефицит на внимание, но статистическата проверка показва значимост на различията при **Тревожно разстройство** * ($p=0.05$).



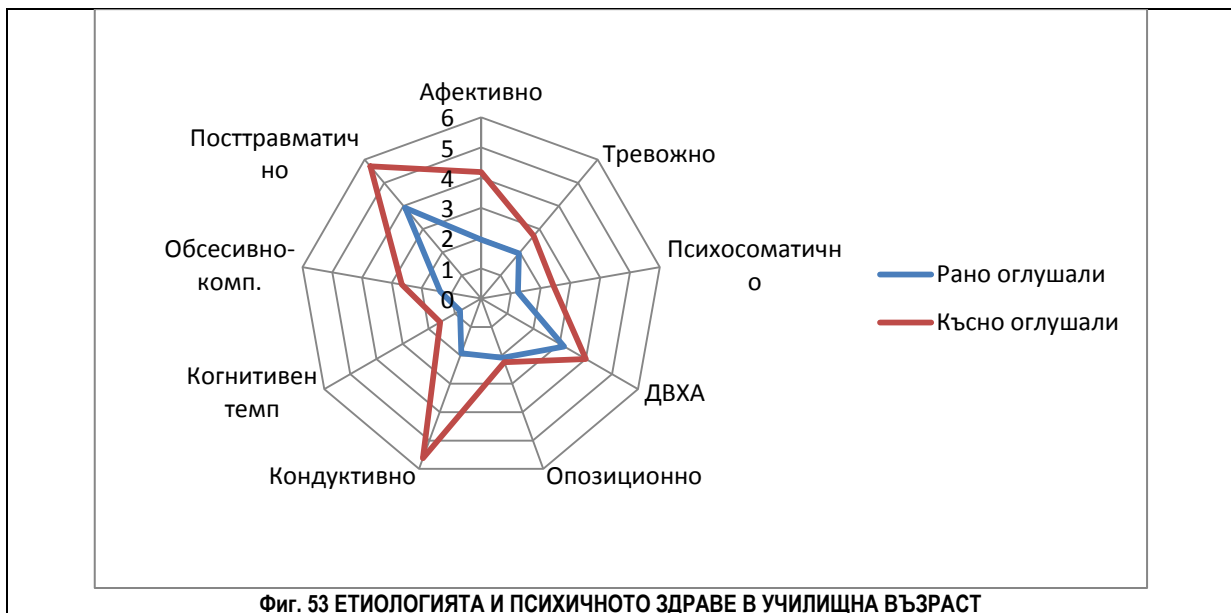
В училищна възраст различията в интензивността на симптоматиката намаляват, но рисковете в групата на глухите ученици продължават да са малко по-изразени. Изключение прави лек превес на рисковете за **Поведенческо/кондуктивно** разстройство при слабочуващите.



2) Факторът **етиология** разделя в изследването общата извадка на подгрупите - деца с вродено или много рано придобито слухово увреждане и деца с по-късна възраст на оглушаване.

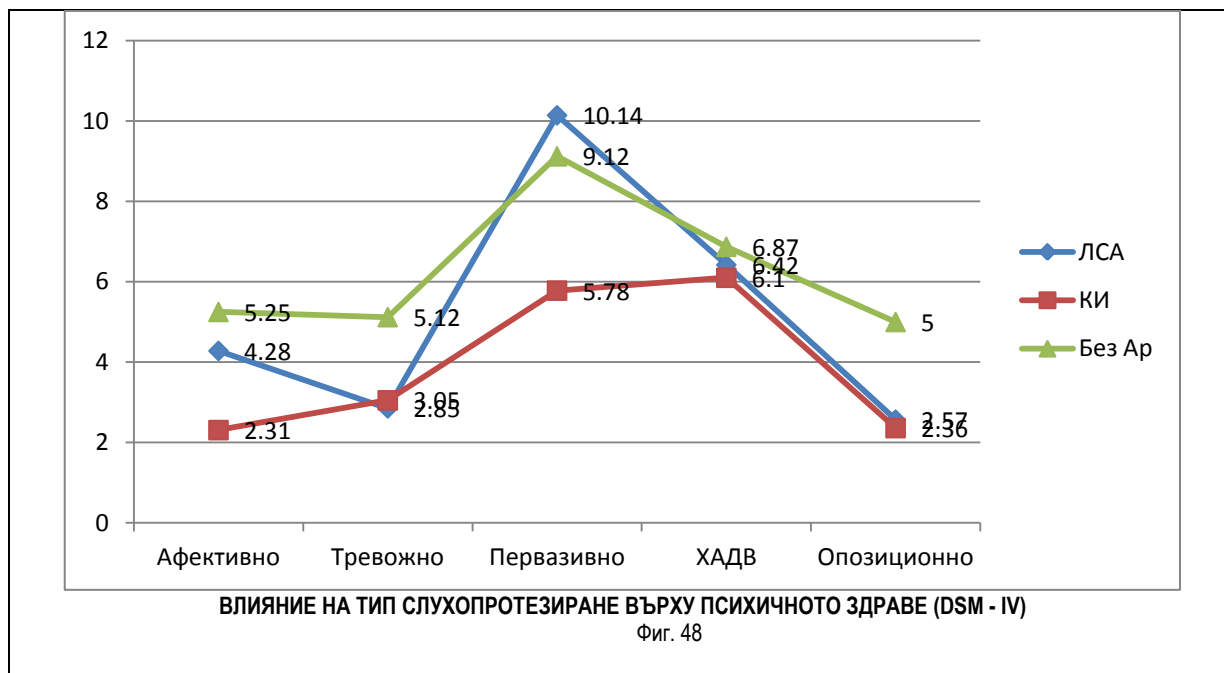


В доучилищна възраст профилите на двете подгрупи са идентични по форма, но рисковете за психично здраве са по-силно изразени в случаите на вродена/много рано придобита глухота. Статистически значими различия се откриват при Афективно* ($p=0.03$) и Первазивно* (0.04) разстройство, а при Тревожно и Опозиционно разстройство са относително по-ограничени.

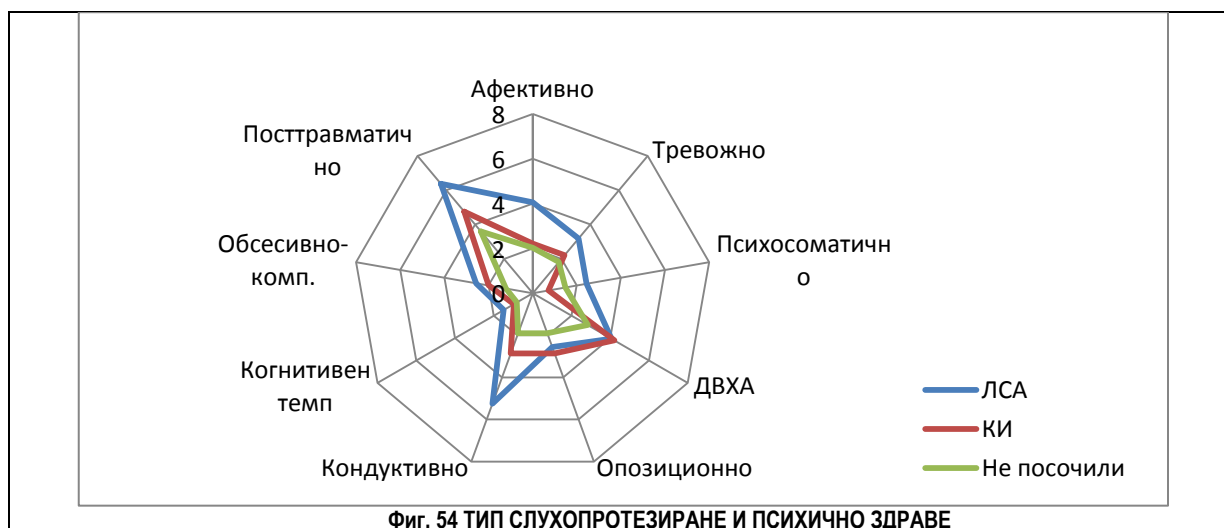


В училищна възраст между тези подгрупи се установяват различия както по-форма на профила, така и по интензивност на симптоматиката. Ситуацията обаче се променя и по-късно оглушалите ученици по всички 9 синдрома на Психопатологичната скала имат са в по-голям риск. Със статистически доказана значимост за разликите при риска за Афективно разстройство* ($p=0.02 < 0.05$) и при Кондуктивно* ($p=0.04 < 0.05$). В по-малка степен са различията по риск за Посттравматично и Афективно нарушение.

3). Факторът **слухопротезиране** разделя извадката на 3 подгрупи – деца със слухов апарат, деца с кохлеарен апарат и деца без апарат.



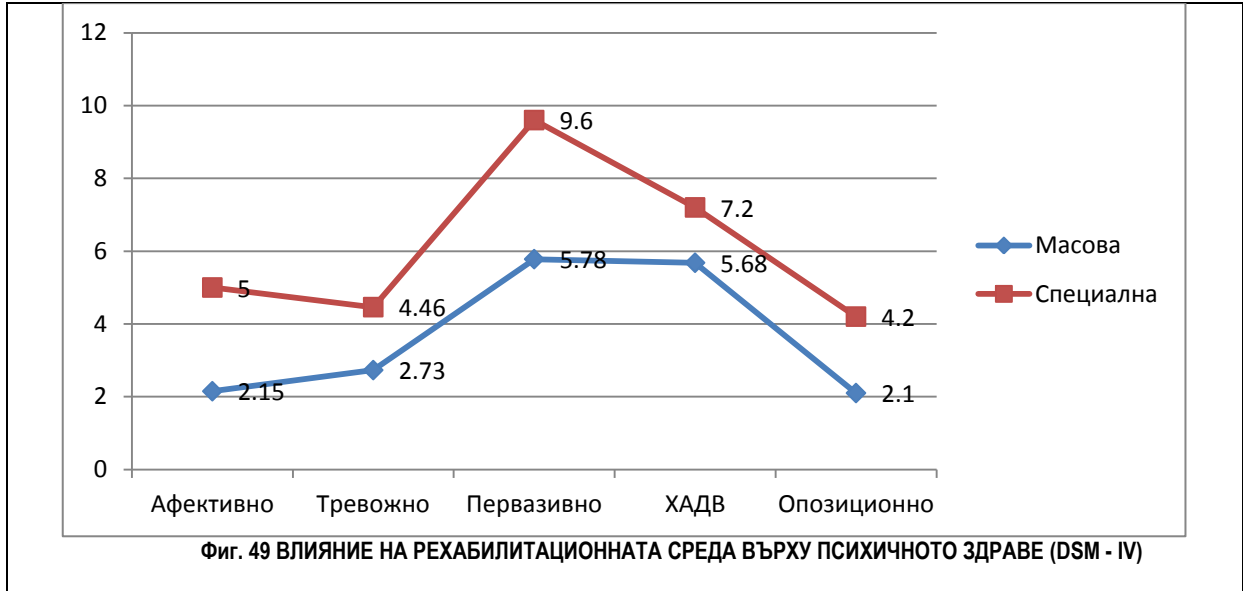
В доучилищна възраст (1.6 м. до 5 г.) водещите рискове за психичното здраве се различават по структура. При деца със СА те се появяват най-силно при Первазивно разстройство, ХАДВ и Афективно разстройство. При децата с КИ водещ е рискът за ХАДВ, следван от този за Первазивно разстройство и за Тревожно. Подгрупата на деца без слухопротезиране е най-уязвима – Первазивно разстройство, следвано от ХАДВ и накрая показателите за Афективно, Тревожно и Опозиционно разстройство са изравнени.



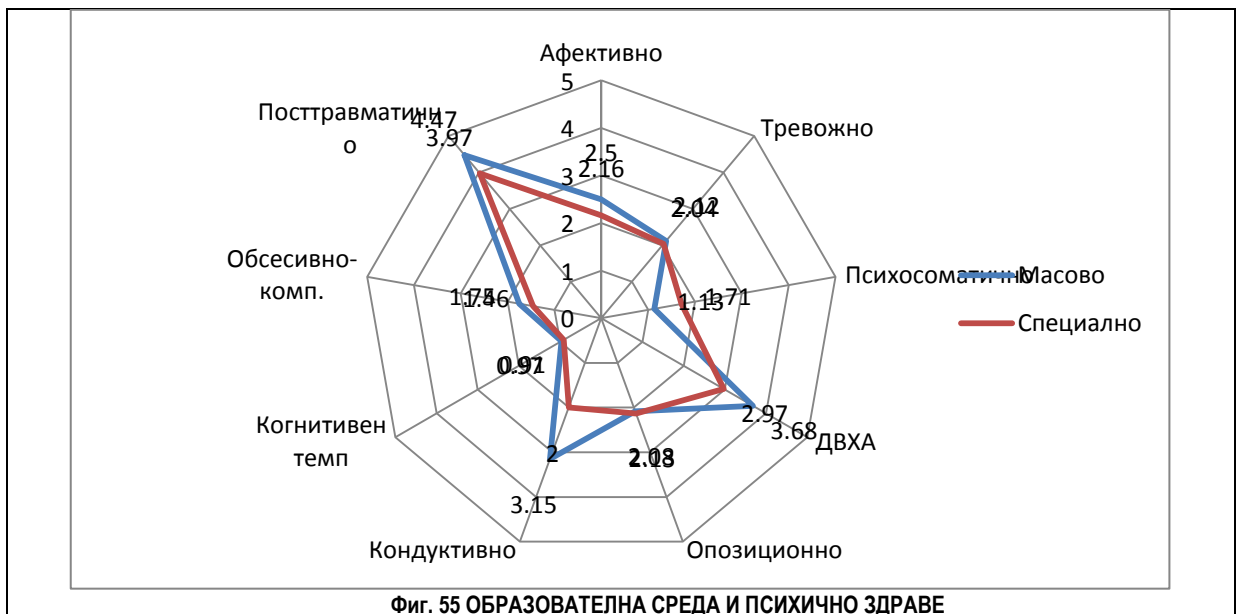
В училищна възраст (от 6 до 20 г.) профилите на трите подгрупи се доближават много по форма, но по интензивност на симптоматиката се различават съществено. Този факт се потвърждава от статистическата проверка на различията в дисперсиите (F^*), които са значими за много от синдромите в скалата. Най-големи рискове за психичното здраве се откриват при учениците със СА, следвани от тези с КИ и с най-ограничени рискове са учениците, които не носят слухов апарат. Статистически обоснована е достоверността на различията между учениците със СА и учениците, които не носят СА по Афективно разстройство* ($p=0.02$), Кондуктивно разстройство** ($p=0.01$), Obsесивно-компулсивно** ($p=0.004$) и Посттравматично разстройство** ($p = 0.01$). Тези резултати са показателни за съществените

промени, които претърпяват в развитието си тези подгрупи и специфичния ефект върху психичното здраве на чуването със слухов апарат.

4). Факторът **рехабилитационна и образователна среда** разделя извадката на 2 групи – деца в масови детски градини/училища и деца от специални детски градини/училища.

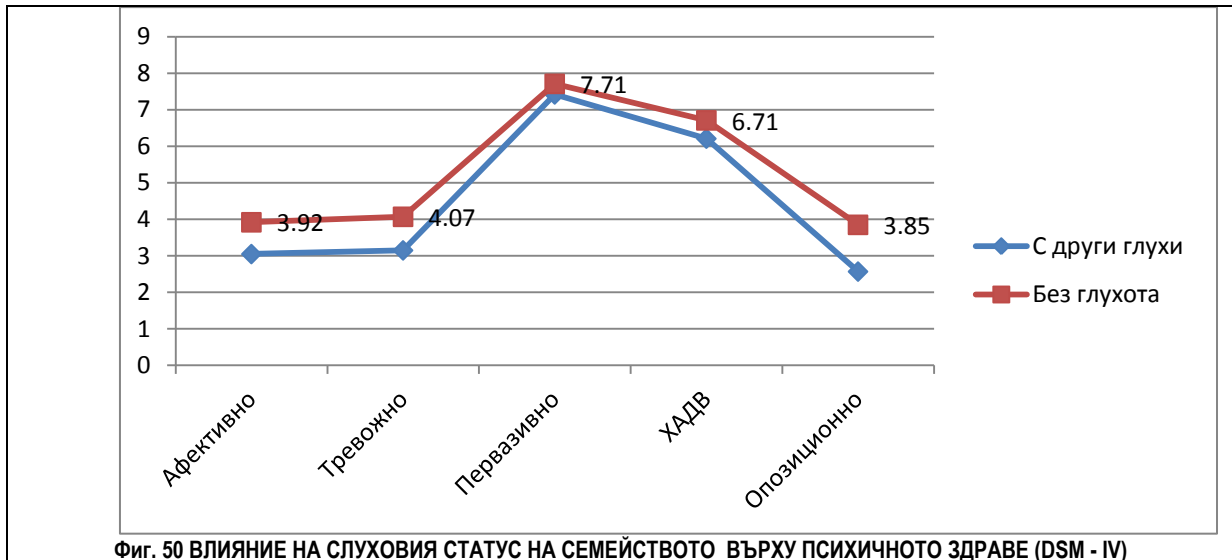


В доучилищна възраст (1г. 6 м. – 5 г.) се децата от специалните детски градини имат много по-силно очертани рискове за психичното здраве, в сравнения с Г/Сч деца от масовите детски градини. Изследването установи статистически значими различия по четири синдрома от скалата за психопатологични разстройства - *Афективно разстройство* ** ($p=0.008$), *Тревожно* * (0.017), *Первазивно* * ($p=0.02$), и *Опозиционно разстройство* ($p=0.01$). Двете групи са в идентична рискува ситуация по отношение на Хиперактивност/дефицит на внимание.



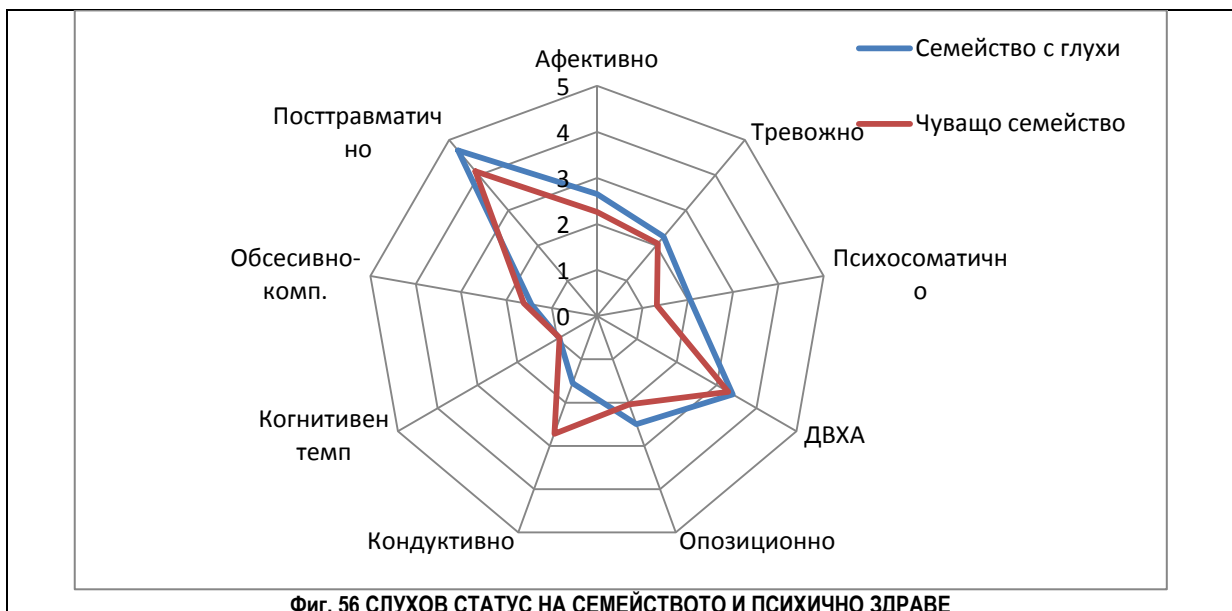
В училищна възраст ситуацията съществено се променя. Профилите на Г/Сч ученици от масовото училище и от специалното училище са много близки по структура и по степен на интензивност на симптоматиката. Учениците от масовото училище имат относително по-завишени стойности на показателите за Поведенческо/кондуктивно разстройство, в сравнение с учениците от специалното училище.

5). **Слуховият статус на семейството** разделя извадката на 2 подгрупи – Г/Сч деца от чуващи семейства и Г/Сч деца от семейства, в които има и други глухи роднини.



Фиг. 50 ВЛИЯНИЕ НА СЛУХОВИЯ СТАТУС НА СЕМЕЙСТВОТО ВЪРХУ ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ (DSM - IV)

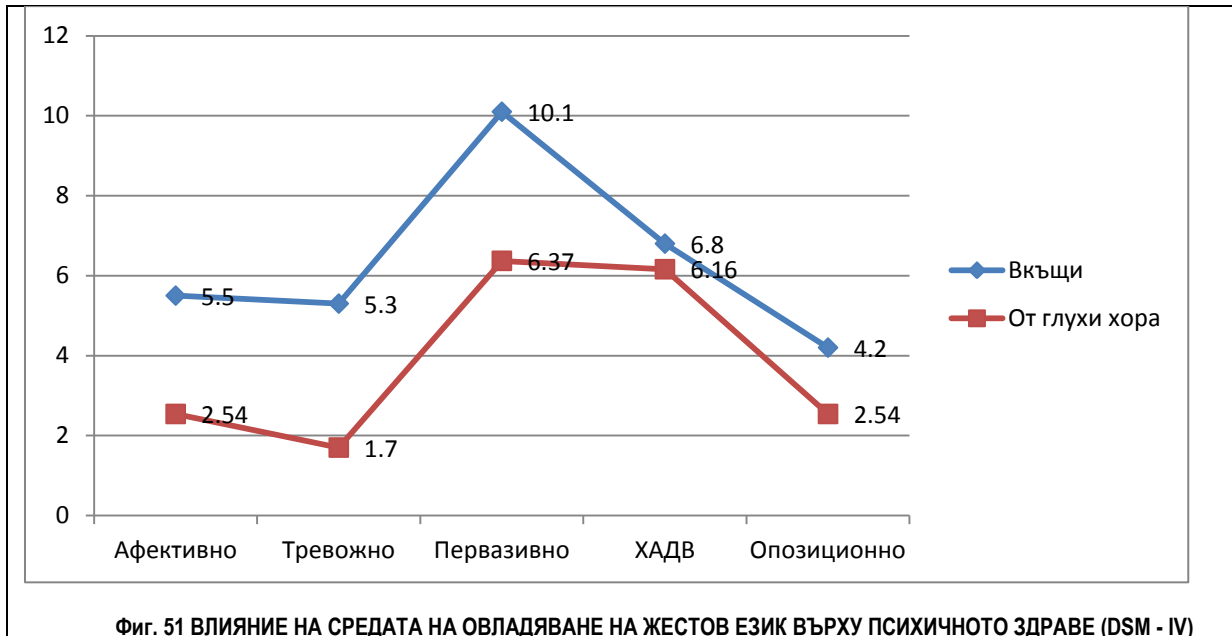
За доучилищния период не се установяват статистически значими различия в структурата и степента на интензивност на симптоматиката за нарушения на психичното здраве.



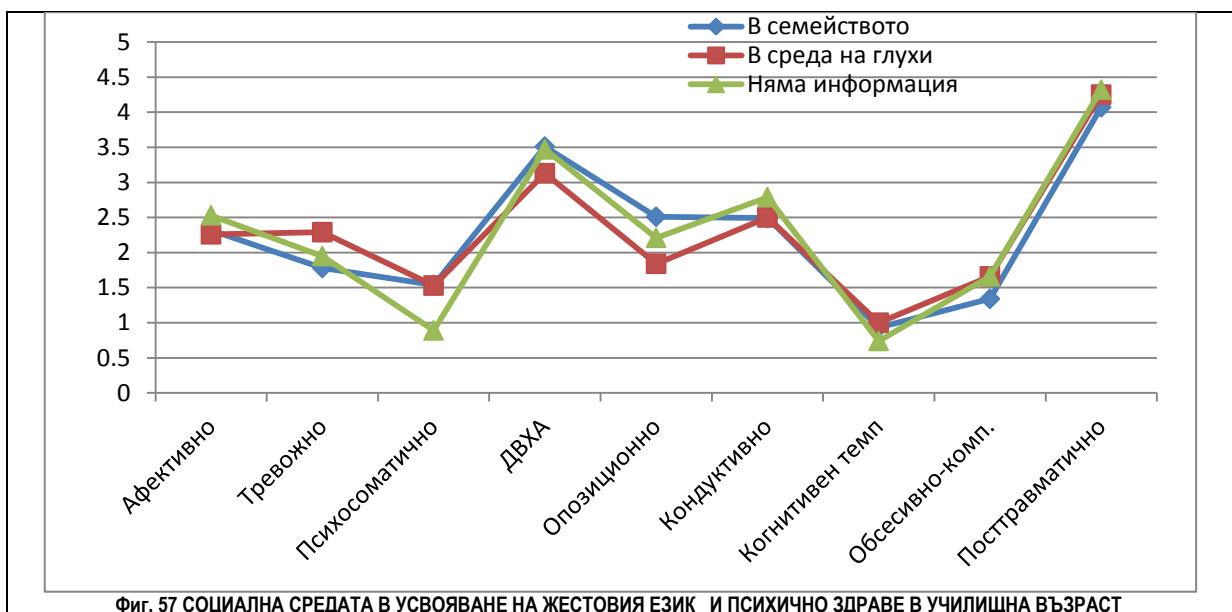
Фиг. 56 СЛУХОВ СТАТУС НА СЕМЕЙСТВОТО И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

В училищна възраст двата профила на психичното здраве остават също идентични по форма и по интензивност на симптоматиката.

6) По фактора среда, в която се овладява жестовия език извадката е разделена на 3 подгрупи. Първата е от деца, които овладяват жестовия език предимно в общуване в тясната семейна среда, а втората – деца, които са овладели жестовия език в по-широко общуване с други глухи лица и третата – деца, които не знаят и не ползват жестов език.



В доучилищна възраст децата, които овладяват жестов език в комуникация с други глухи деца или възрастни имат по-ограничени рискове за психичното здраве. Децата, които учат да използват жестове само в къщи имат статистически доказан по-голям риск за Афективно** ($p=0.12$), Тревожно*** ($p=0.001$), Первазивно* ($p=0.042^*$), и Опозиционно ($p=0.07$) разстройство.



7) Влияние на комуникативния начин в близката социална среда върху психичното здраве

Основният въпрос е как влияе начинът на комуникация, който използват глухите деца в общуването с близката социална среда - семейство, среда на глухи деца, среда на чуващи деца. Популацията на глухите деца различни средства за комуникация – устен език, жестов език, писмен език, както и различни комбинации между тях (полимодално общуване). Според своите компетенции в тези начини и според комуникативната ситуация те са в състояние да сменят модалностите. В периода на доучилищната възраст глухите деца се отличават с езиково закъснение и не ползват нито една от тези езикови модалности достатъчно компетентно в общуването, с изключение на жестовия език, овладяван от глухите деца с глухи родители.

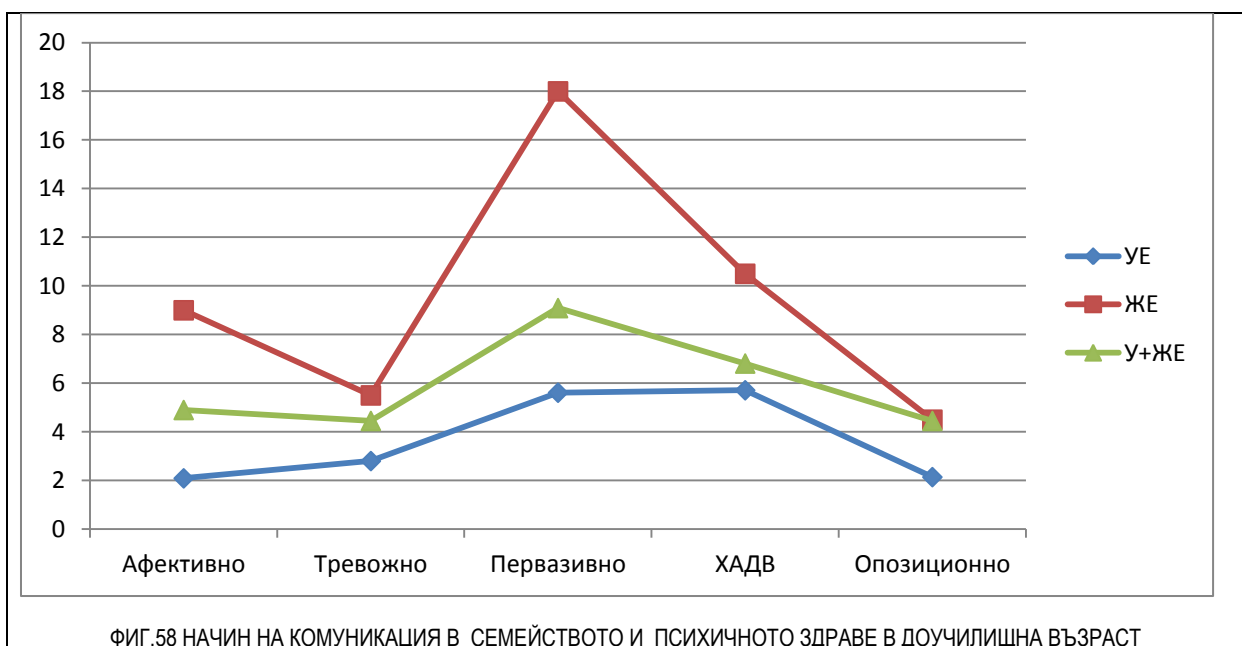
А. Комуникативен начин в семейството и психично здраве

Комуникативен начин на общуване в семейството и психично здраве в доучилищна възраст

В доучилищна възраст Начин на комуникация в семейството оказва силно влияние. Наблюдават се значими различия между групите които общуват с УЕ, ЖЕ, и УЕ и ЖЕ по отношение на риска за всички психопатологични синдроми, с изключение на ХАДВ.

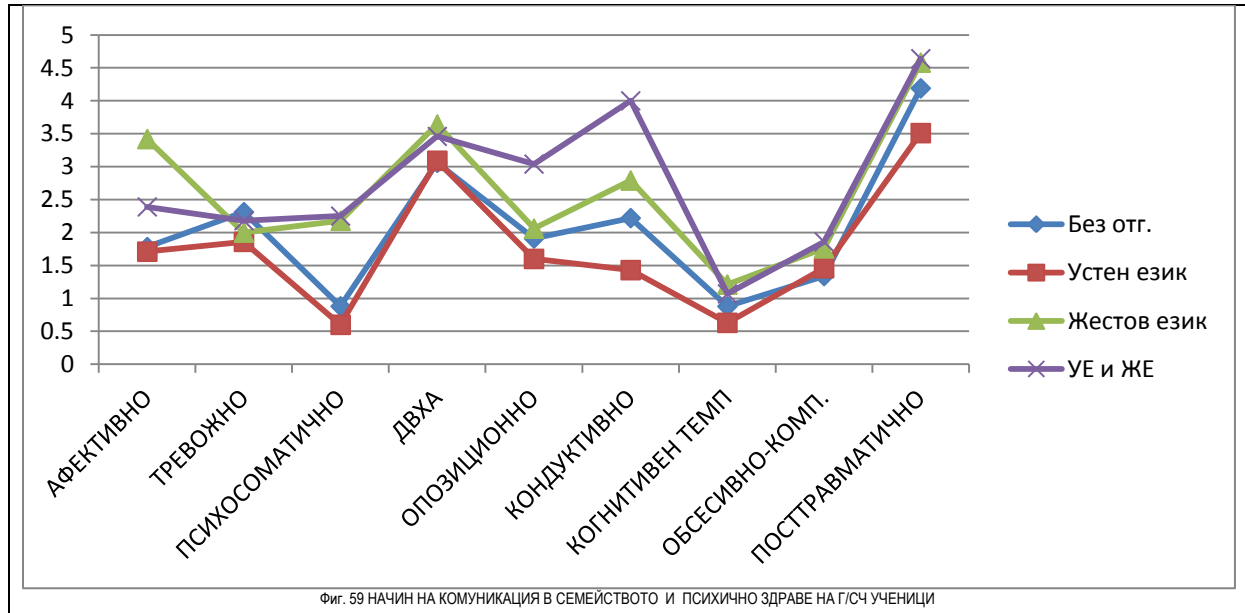
Разпределението на децата в доучилищна възраст според начина на комуникация в семейството е неравномерно- Устен език (21 ИЛ), комбиниран начин (11 ИЛ) и ЖЕ (2 ИЛ). Проверката на различията между групите с ANOVA показва статистически значими различия между трите групи в риска към психопатологична симптоматика.

Децата, които използват УЕ в семейството са в относително най-добро състояние на психичното здраве, като се появяват очертани рискове за Первазивно разстройство и ХАДВ. Две деца използват само жестова комуникация в семейството и техните резултати показват тенденция за най-голям риск - изключително високи са оценките по Первазивно разстройство ($M=18.00$; $SD=2.82$), ХАДВ ($M=10.50$; $SD=0.82$) и Афективно разстройство ($M=9.00$; $SD=2.8$), много високо над нормативите са тези за Тревожно ($M=5.50$; $SD=.70$) и Опозиционно ($M=4.50$; $SD=0.70$). Децата от трета група използват бимодални езикови средства и заемат средна позиция, но са по-близко до общуващите само с ЖЕ. Те имат над нормативни оценки също по всички психопатологични синдроми в доучилищна възраст, независимо че са в по-ниски стойности.



Комуникативен начин в семейството и психично здраве в училищна възраст

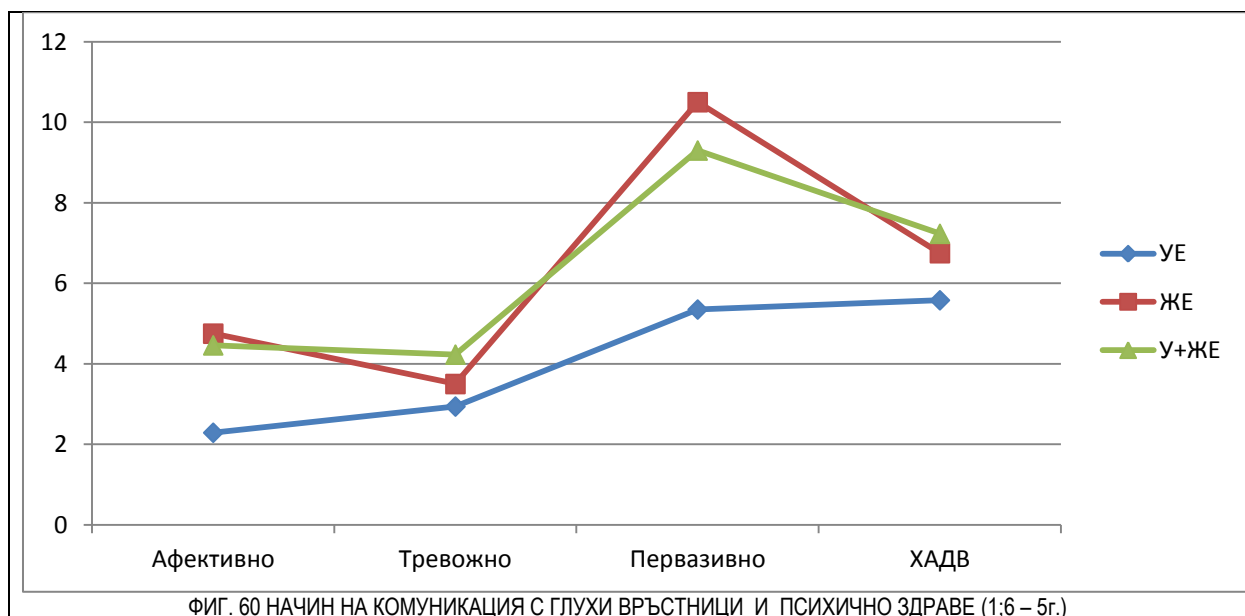
Подобно на доучилищната възраст учениците, които общуват с устен език, имат най-добри показатели. Тези, които ползват само ЖЕ в семейството проявяват допълнителни, рискове със статистически значима стойност на различието, спрямо ползващите УЕ за *Психосоматично* ($F=2.769$ $p=0.045$) и *Афективно разстройство* ($F=5.678$, $p=0.001$).



Учениците, които ползват комбинация от ЖЕ и УЕ в семейството са с риск за коморбидно съчетание на Посттравматичното разстройство и ДВХА с *Кондуктивно разстройство*, което е в статистически значимо различие спрямо учениците, които използват УЕ ($F=2.603$ $p=0.05$).

Всички подгрупи имат клинично изразена степен на Посттравматично разстройство и ДВХА, но се различават помежду си по рисковете за коморбидна поява на други нарушения.

Б). Комуникативен начин на общуване с глухи връстници и психично здраве в доучилищна възраст

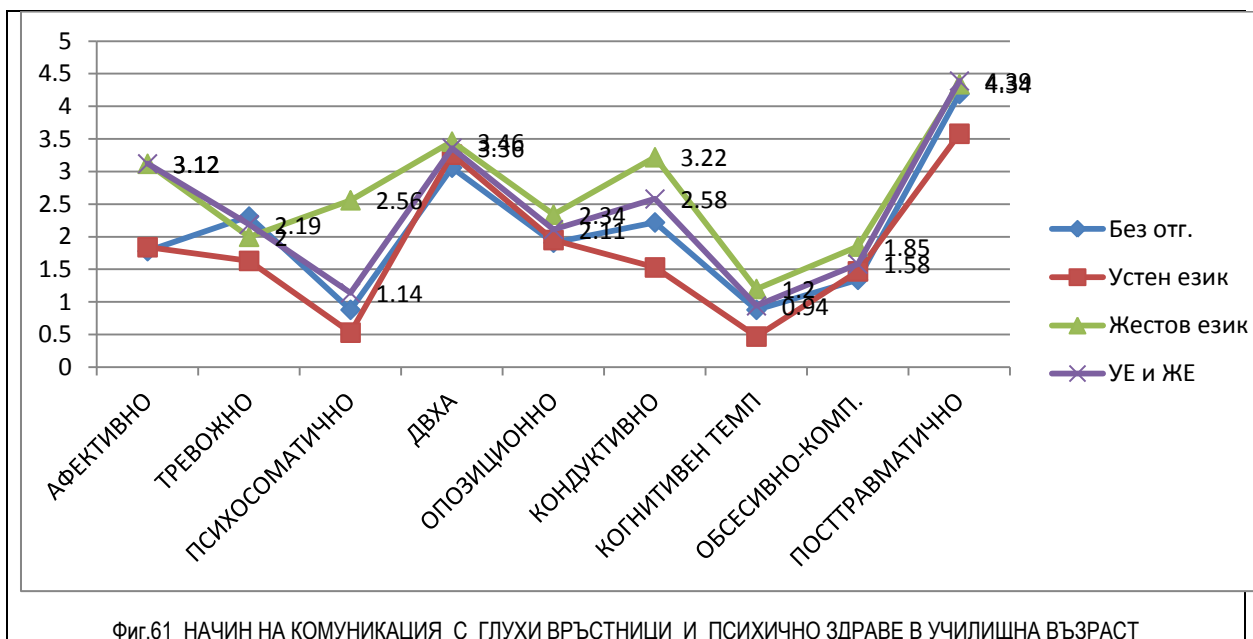


Децата с Устен начин на комуникация с глухи приятели са в най-добра позиция и показват основни рискове за Первазивно разстройство и ХАДВ. В сравнение с тях, децата с предпочитане на ЖЕ имат значимо по-високи средни стойности по Первазивно разстройство, както и по-висок риск за Афективно разстройство. Децата с комбинирани средства за общуване в тази ситуация също имат силно изразена симптоматика на Первазивно разстройство и висок риск за ХАДВ и Афективно разстройство, но показват също и много по-завишени стойности на симптоматиката за *Опозиционно разстройство*.

Проверката с дисперсионния анализ показва статистически значими различия между трите подгрупи по оценките за Первазивно разстройство. ($F=3.78$; $p=.034^*$). Така, в общуването с глухите връстници от предучилищна възраст най-ефективна за социо-емоционалното развитие също се оказва УЕ.

Комуникативен начин на общуване с глухи връстници и психично здраве в училищна възраст

Разпределението на извадката по начин на комуникация с глухи връстници се променя, като броят на учениците, които използват УЕ (19 ИЛ) силно намалява и се увеличават ученици, общуващи с ЖЕ (41) или бимодално с двата езика (36ИЛ). Без посочен отговор са 32 ИЛ.



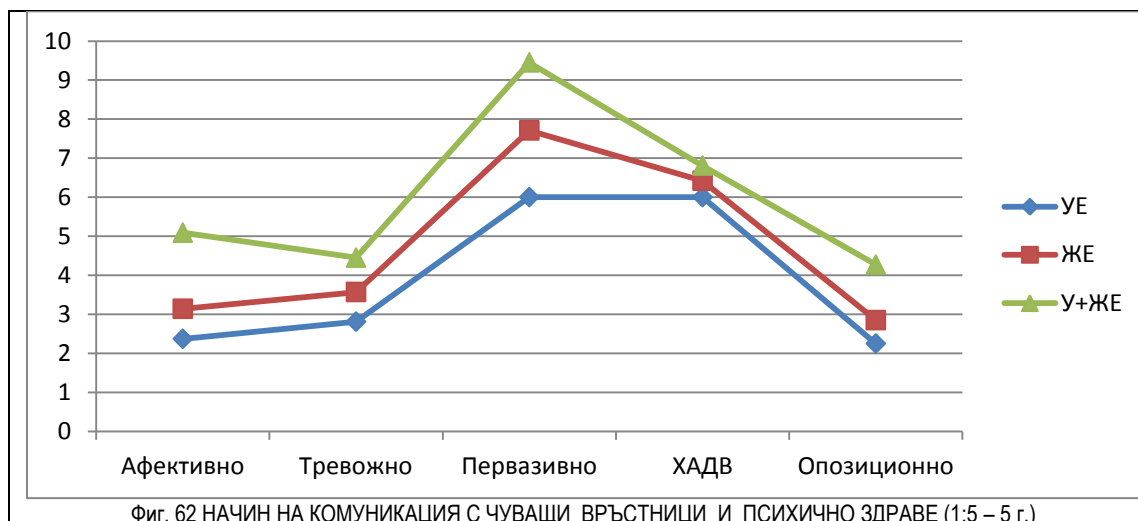
Фиг.61 НАЧИН НА КОМУНИКАЦИЯ С ГЛУХИ ВРЪСТНИЦИ И ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ В УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ

Устният комуникативен начин и в тази комуникативна ситуация се свързва с най-ограничени рискове за психичното здраве. Използващите само жестов език в общуването с другите глухи хора се отличават статистически значимо от останалите две групи по по-високи риск за поява на *Психосоматично разстройство*. По-високи са оценките също за *Кондуктивно* и *Афективно разстройство*.

В). Комуникативен начин в общуването с чуващи връстници и психично здраве

Комуникативен начин на общуване с чуващи връстници и психично здраве в доучилищна възраст

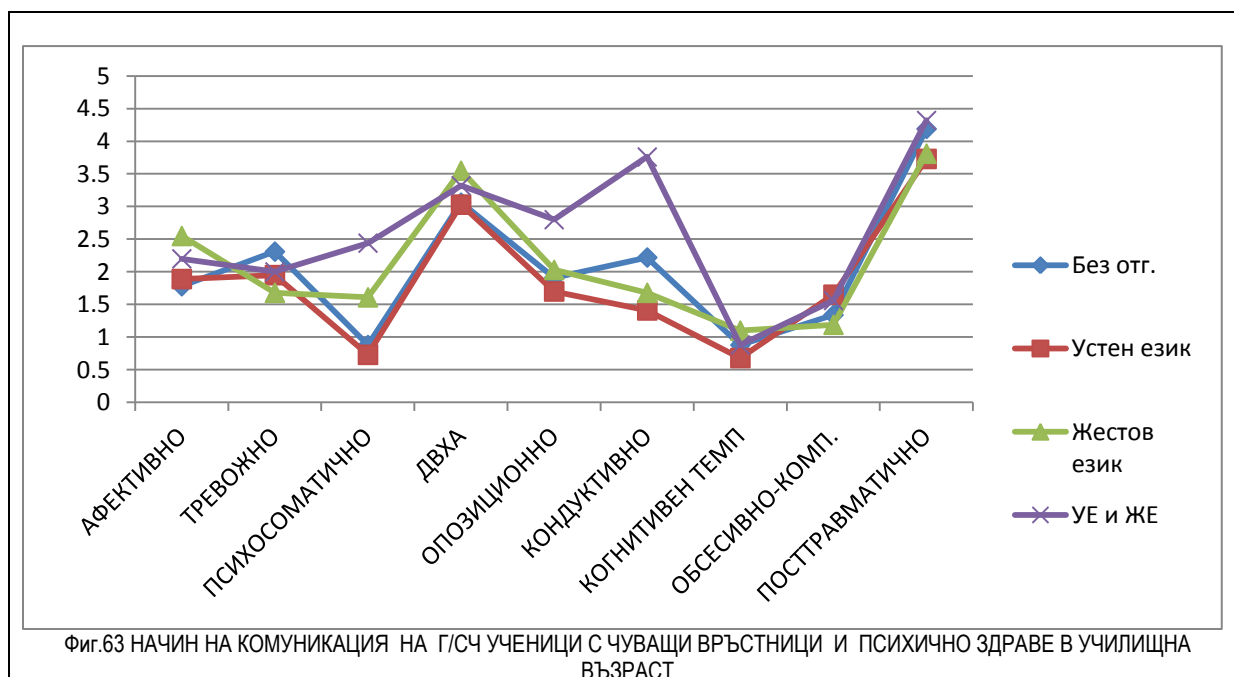
В доучилищна възраст общуването с чуващи деца чрез УЕ също има по-позитивен ефект възху психичното здраве. Проверката на различията чрез дисперсионния анализ ANOVA не установява значими междугрупови различия). Въпреки това, децата които използват комбинирано жестов и устен език са с много по-очертан риск за Первазивно разстройство, а също и за Афективно разстройство, в сравнение с останалите две подгрупи (фиг. 62).



Съвременните деца с увреден слух имат значително по-добри възможности за рано овладяване на устния език, поради ранната диагностика и възможностите за подобрене на слуховата компетентност чрез КИ и дигитални слухови апарати. Общуването в семейството, с другите глухи деца и с чуващите връстници с устен език се свързва със значително по-добри условия за психичното здраве в сравнение с общуването само с жестов език или с комбинация от жестов език и устен език.

Г). Комуникативен начин на общуване с чуващи връстници и психично здраве в училищна възраст

Състоянието на психичното здраве на ученици, които ползват УЕ или ЖЕ в комуникацията с чуващи връстници силно се доближава (фиг.63). Учениците, които използват комбинация от ЖЕ и УЕ са в много по-голям риск за Кондуктивно разстройство*** ($F=17.888$; $p=0.000$), Психосоматично разстройство*** ($F=7.597$; $p=0.000$) и Опозиционно разстройство*** ($F=5.502$; $p=0.000$).



В различните ежедневни комуникативни ситуации в семейството, с глухи и чуващи връстници децата с увреден слух използват различни комуникативни средства. Устният език обаче във всички

ситуации има позитивни корелации с по-добър статус на психичното здраве, както в предучилищния период, така и в училищния. В съвременните условия скрининг изследванията на слуха позволяват ранна идентификация на увреждането, а кохлеарната имплантация и дигиталните слухови апарати осигуряват добри възможности за достъп до устния език в първите години до детството и за неговото естествено овладяване. Заедно с това много глухи деца не успяват в ученето на устния език и те се нуждаят от по-добри условия за подобряване на своите компетентности във визуалния жестов език.

3.3. Обобщения и дискусия на резултатите

Настоящото емпирично изследване прави опит да посрещне потребностите на клиничната, образователната и социалната практика от разработване на адекватни стратегии в превенцията, консултативно-диагностичните, възпитателните и терапевтичните дейности, насочени към емоционалните и поведенческите проблеми на деца, ученици и възрастни с увреден слух. В специализираната литература се посочва, че проблемът днес е изключително актуален за всички подрастващи. Цитират се данни, че само 25% от психичните нарушения при чуващите деца са идентифицирани, а при децата с увреден слух те продължават да се появяват с по-висока честота (Van Eldik и сътр 2004; Van Eldik 2005; Konuk и сътр 2006; Hintermair 2007 Fellingner и сътр ,2012 ; Theunissen и др. 2014 г.)). Според скорешните проучвания на Theunissen и др. (2011, 2012., 2013, 2015) интернализираният тип нарушения при увреден слух са преобладават (27%,) над екстернализирани нарушения (18%). Fellingner др (2009b) посочва обаче че информацията е противоречива, тъй като изследванията са провеждат с недостатъчно представителни извадки, обикновено чрез клинични интервюта.

Дисертационният труд е съобразен с тези методологически трудности и проучва психичното здраве на българските деца и юноши с увреден слух от позицията на съвременните знания за психичното здраве, прилага стратегията на репрезентативната извадка в широкия възрастов диапазон (1г. и 6 м. до 20) г. и използва стандартизиран инструментариум за събиране на емпирични данни (Станкова, 2012, Пачолова, Станкова, Тодоров, 2017). Инструментариумът е адаптиран в своята самооценъчна част от автора на дисертационния труд, който като глух човек използва своята билингвистична компетентност. Според комуникативните потребности на учениците с увреден слух се предлагат като е направен вариант в жестов език и предоставя възможност на изследваните лица за избор на езикова модалност.

Системата на Achenbach за емпирично оценяване на поведението (ASEBA) е международно признат инструмент, който търпи развитие със задълбочаването на научното познание през последните десетилетия за същността на психичните нарушения, критериите за диференциално-психологическа и психиатрична диагностика в детско-юношеска възраст. Той отразява съвременната тенденция в световните медицински класификации на психичните разстройства за интегриране на системен, възрастов, социален и комплексен подход в превенцията, диагностиката и терапията на психичните нарушения. Последната ревизия на ASEBA за училищна възраст кореспондира с именно с тези подходи, приложени в последната ревизия на Диагностичен и статистически наръчник за психичните нарушения - ДСН-V (DSM-V, 2013)) на Американската асоциация на психиатрите.

Направеният анализ на получените емпирични данни е извършен по посока на работните хипотези в изследването и позволява да се изведат обобщения, в посока на тяхната аргументация.

1). Данните потвърждават първата хипотеза, че глухите/слабочуващи деца и възрастни са в по-голям риск за психични нарушения от чуващите връстници, но извеждат също тенденцията за ограничаване на различията и доближаване на профилите на психичното здраве с възрастта. Анализът на резултатите позволява някои основни изводи:

А). Глухите/слабочуващи (Г/Сч) и чуващите деца в доучилищна възраст (1г.6м – 5 г.) имат сходен поведенчески профил, но емоционално-поведенческите проблеми по Психологическата синдромна скала са значително по-силно изразени при Г/Сч деца. Двете групи са с най-очертани проблеми при

Агресивното поведение и Тревожно-депресивните състояния. По-Глухите/слабочуващи деца обаче имат по-силно изразени *Соматичните проблеми и прояви на Емоционалната реактивност.* В предучилищна възраст интернализираните проблеми на Г/С деца доминират, което е индикатор за сериозен дискомфорт във вътрешните им преживявания. Вероятно обаче децата трудно се справят с тревожността и тя преминава в поведенчески нарушения още в предучилищна възраст със силно засилено агресивно поведение. Потвърждават се находките на Downes (2009) за проблематично изграждане на емоционална привързаност в най-ранна възраст.

По психопатологичната синдромна скала в доучилищната възраст се оформят най-високи рискове за Первазивно разстройство и Хиперактивност, следвани от Тревожно разстройство, Афективно разстройство и накрая Опозиционно разстройство. Водещата позиция на Первазивното разстройство очертава преобладаващите проблеми в социализацията, общуването и личностната интеграция в обществото. Въпреки съществуващата вероятност за коморбиност с разстройство от аутистичния спектър (Fellinger, Holzinger., Pollard, 2012; Konuk, Erdogan, Atik., et al., 2006; Theunissen, Stephanie C., Rieffe et al., 2015 и др.). Новите промени в диференцираните категории психични нарушения в DSM-V позволяват да се мисли, че голяма част от Г/С деца попада в субкатегория „Социално нарушение на комуникацията (прагматично)“, диференцирано от „Первазивно разстройство на развитието“ в DSM-IV и причислена към категорията „Комуникативни нарушения“ (Невроразвитийни разстройства). Симптомите са свързани с постоянни трудности в социалната употреба на вербалната и невербалната комуникация, но без наличие на типичните ограничени повтарящи се поведения, интереси, дейности при нарушение от Аутистичния спектър.

Междуполови различия в доучилищна възраст при Г/С деца се откриват по отношение на *Соматичните проблеми и рисковете за Афективно разстройство*, които са по-силно проявени при момчетата.

Б). В училищна възраст по Психологическата синдромна скала трите гледни точки за учениците с увреден слух - родители, учители и самооценки на нечуващите ученици, са в синхрон за доминантата на проблеми с *Вниманието и Агресивното поведение*, следвани от *Социалните проблеми и Тревожност/Депресивност.* Като цяло психологическите профили на Г/С ученици (от 6 г. до 20 г.) са идентични по форма с тези на чуващите, но симптоматиката е по-силно изразена. Значими са различията при синдромите *Оттегленост-Депресивност****, *Социални проблеми**** и в по-малка степен при *Проблеми с мисленето** и *Проблеми с вниманието** и обобщената скала *Интернализирани проблеми**.

Според критериите на психиатричната DSM-V класификацията, оценките на родители и специалисти-педагози насочват към най-голям риск за поява на *Посттравматично разстройство и ДВХА, Поведенческо и Афективно разстройство.* Самооценките на ученици са по-критични и посочват значително по-висока степен на рисковете за психичното здраве, особено за *Обсесивно-компулсивно, Поведенческо разстройство и Афективно разстройство.* В сравнение с чуващите, повисоки рискове се наблюдават за *Психосоматичното**** и *Тревожно разстройство*.*

Посттравматичното стресово разстройство е изключително силно изразено и рискът е устойчив и водещ в целия училищен период при увреден слух, което заслужава вниманието на специалистите. В DSM-V (2015) то е отделено от Тревожните разстройства и изведен в самостоятелна категория, а критериите за диагноза се различават значително от тези в DSM-IV-TR. Въведени са четири клъстера от симптоми Избягване - клъстерът е разделен на два самостоятелни: *избягване* и *постоянни отрицателни промени в знанията и настроението.* Последната категория включва нови симптоми, като постоянни отрицателни емоционални състояния. Също така включва *раздразнително или агресивно поведение и безразсъдно или саморазрушително поведение.* Чуващите деца също показват чувствителност към Посттравматично стресово разстройство, но в по-ограничени възрастови периоди.

По отношение на междуполовите различия психологическите и психопатологичните профили при двата пола е идентична. Наблюдават се различия в интензивността на поведенческите проявления.

Момчетата с увреден слух имат повече емоционално-поведенчески проблеми, с изключение на леко завишените показатели за *Тревожност/Депресивност* при момчетата. Статистически значими различия се наблюдават по скалата за *Агресивност** и обобщената скала *Екстернализирани проблеми** с повишени показатели за момчетата. Профилите на психопатологичните синдроми също се отличават с идентична структура при двата пола, но момчетата с увреден слух са по-рискова група за поява на *Психотравматично разстройство, ДВХА и Поведенческо разстройство*.

В). При **възрастните** хора с увреден слух има известна тенденция за превръщане на тревожността в устойчива черта на личността. Като цяло обаче показателите за депресия и обща тревожност са в нормативни граници и няма съществени различия с чуващите възрастни. Междуполовите различия се очертават главно при Личностна тревожност, която при мъжете с увреден слух е по-висока от тази при жените, подобно на чуващите мъже. За жените с увреден слух показателите за Личностна тревожност попадат дори под нормативите за чуващите. Тези резултати изясняват, че проблемите с превръщането на тревожността в личностна черта е по-вероятна за мъжете с увреден слух, което се наблюдава и по скалата за Депресия.

2) От проверката на втората хипотеза проучването обобщава, че емоционалните и поведенческите проблеми при увреден слух следват общите възрастови закономерности за чуващата популация, като във всеки възрастов стадий се наблюдава специфична констелация от водещи рискове за психичното здраве. На базата на изведени профили за психичното здраве на децата и юношите с увреден слух в 6 микропериода на детско-юношеската възраст (от 1г. 6 м. до 20 г.) са направени следващите изводи за възрастовата динамика на рисковете за психичното здраве по Психопатологичната синдромна скала:

А). При най-малките деца с увреден слух (1г. 6м. - 3 г.) профилите на родителите и учителите имат една и съща форма, като водещо място заемат рисковете за *Хиперактивност/дефицит на внимание (ХАДВ)*, следвани от тези за *Первазивно разстройство*. Чуващите деца също имат очертани рискове за *ХАДВ*, следвани от тези за *Тревожност и Первазивно разстройство*, но са с по-малка интензивност. Така, много рано в развитието Г/Сч деца се появяват индикатори за повишен риск за психичното здраве. Вероятно той е логично следствие от психотравмените ситуации в семейството, след поставянето на диагнозата глухота, ограничените компетентности на родителите да посрещнат оптимално комуникативните и емоционалните потребности на детето в общуването (Попзлатева, 1999, 2010; Дионисиева, 1996, 2011, Кацарска, 2008, Балканска и Трошева, 2014 и др.)

Б). Във възрастта 3 до 5 г. профилът на клиничните проблеми при Г/Сч деца се наблюдава тенденция за увеличаване на проблемите с психичното здраве. На първи план излизат рисковете за *Первазивно разстройство*, следвано от тези на *ХАДВ* с много по-висока степен и честота на проявление на симптоматиката, допълнени от клинична степен на проявена интензивност при *Тревожно и Афективно разстройство*. Тези данни потвърждават, резултати от други съвременни изследвания, а именно че психосоциалната ситуация на развитието във възрастта 3-5 г. е особено критична за психичното здраве на Г/Сч деца (Downes, 2009; Fellingner, Holzinger, Pollard, 2012 и др.). Откриването на глухотата и диспозициите на родителите, медицинските интервенции, промените в биологичните и когнитивни структури, бариерите в свободното междуличностното общуване с чуващи връстници, контактите с непознати специалисти от различни области и др. вероятно са част от причините за повишена стресогенност на вътрешната и външната среда.

В). Изследването установява, че началото на училищната възраст (6/7 г.) Г/Сч имат не само значително по-високи показатели по всички психопатологични синдроми в сравнение с чуващите връстници, но и посоката на възрастовите промени в рисковете за психичното здраве съществено се разлива. При чуващите деца рисковете за психични нарушения се ограничават силно в сравнение с доучилищната възраст, при тези с увреден слух се открива проблемите с психичното здраве нарастват. Появява се сериозни рискове за *Посттравматично разстройство, Опозиционно и Поведенческо*

(кондуктивно). Тези факти са изключително тревожни. Те отразяват своеобразен преход на силното вътрешно напрежение (интернализирани разстройства) в доучилищния период в нарушения от екстернализиран тип. Този преход вероятно е резултат и от недостъпните езикови компетентности за връща експресия и изразяване на мисли и чувства. Засилени са и психотравмените ситуации, свързани със силното желание на родителите за подготовка на децата за масово училище и противоречията между тяхното очакване за по-добри говорно-комуникативни умения и реалните факти. Не достатъчно ефективните комуникативни умения в говорим и в жестов език, са възможна причина за оттегляне от социалното общуване с връстници и възрастни. Разширените психотравменни ситуации в семейството, в учебните заведения, в общуването с другите деца са вероятна причина за поведения, свързани с отрицателни емоционални преживявания, агресия, безразсъдно, раздразнително, хиперактивно и опозиционно поведение. Голям ръст има вероятността за Афективни и Тревожни разстройства, както в сравнение с предишната възраст, така и с чуващите връстници. Подобни данни се установяват от (Fellinger, Pollard, 2012, и др.).

Г). В следващата възраст (8/9 г.) профилът на психичното здраве на Г/Сч ученици не се променя, но емоционално-поведенческата симптоматика бележи значителен спад. Вероятно по-големите 8/9 г ученици с увреден слух изграждат по-успешно защитни умения и стратегии в сравнение с тези на Г/Сч ученици на 6/7 г. Може да се направи извод за начало на тенденция към укрепване на психичното здраве. Относително голяма устойчивост и сериозните рискове остават остават за ДВХА и *Посттравматично разстройство*. Може да се мисли, че тези проблеми вече са устойчиво фиксирани.

Д). Нова промени в статуса на психичното здраве се открива в периода на средната училищна възраст (10-14 г.). Профилите на Г/Сч ученици и чуващите им връстници започват да се препокриват както по форма, така и по интензивност на симптоматиката. Единствената съществена разлика е в по-силно изразения риск за *Посттравматично разстройство при глухите ученици*. Симптомите за диагноза ДВХА са водещи за двете групи, дори при чуващите са малко по-завишени. Изводът е, че в периода 10-14 г. психичното здраве на на Г/Сч ученици продължава да укрепва по повечето синдроми не си откриват различия с чуващите. Различие се открива в по-високи риск към *Посттравматичното разстройство, който продължава от преходния период и следва да попадне в фокуса на консултативните дейности и терапевтичните програми*.

Проучването прави извод и за наличие на съществени различия между самооценките на ученици от средна училищна възраст (10-14 г.) и тези на техните родители и педагози. Глухите ученици посочват по-голям брой психопатологични синдроми и с по-висока степен на проявление, в сравнение с родителите и учителите. . От друга страна, профилите на психичното здраве по самооценките на глухите и чуващите ученици са много близки по форма, но симптоматиката при Г/Сч ученици е по-силно изразена. В двете групи на първо място са проблемите, свързани с Обсесивно-компулсивно разстройство, следва симптоматиката на Кондуктивно/поведенческо разстройство и Афективно разстройство. Високи са показателите също и за ДВХА. Изводът е, че учениците в пубертетна възраст (чуващи и нечуващи) преживяват твърде много негативни чувства, а техният вътрешен свят и преживявания остават скрити от погледа на родители и учители. Това заслужава вниманието на семейството и специалистите по психично здраве.

Е). Още по-голям спад в интензивността на патопсихологичната симптоматика се наблюдава в горна училищна възраст (15-18 г.) в сравнение периода 10-14 годишните ученици. Изключение е твърде завишената симптоматика по скалата *Поведенческо (кондуктивно) разстройство* - нова дезадаптивна форма на поведение. Рискът към Посттравматично разстройство и ДВХА е проявен отново, но е вече идентичен с този на чуващите ученици. Профилите на глухи и чуващи юноши в много голяма степен се покриват по форма и интензивност, както от оценките на родители и учители, така и на самооценките. Самооценките подобно на предишния възрастов период отново за много по-критични.

Като възрастово специфични за юношеската възраст в двете групи - при Г/Сч и техните чуващи връстници, се появяват рисковете за *Посттравматичното разстройство, следвани от Афективно разстройство, ДВХА*, открива се умерен риск за *Опозиционно и Обсесивно-компулсивно разстройство*.

Може да се обобщи, че възрастова динамика на психичното здраве в детско-юношеския период при увреден слух действително следва общите закономерности на промените при чуващите връстници. Заедно с това, появяват се количествени и качествени различия. За глухите деца периодът от 3—7-годишна възраст е особено критичен за психичното здраве. В следващите възрасти се отчита тенденция за все по-голямо препокриване на профилите на глухи и чуващи ученици с намаляване на интензивността на симптоматиката. В средна и горна училищна степен се появяват възрастово специфични рискове с по-широк обхват, но те са отразени в самооценките на всички ученици. За целия период от 1г.6 м - 20 г. глухите/слабочуващите подрастващи се отличат с устойчиво

3) **Обобщенията, изведени от проверката на третата хипотеза**, отразяват факта, че популацията на деца и възрастни с увреден слух е разнородна по отношение на защитните и рисковите фактори за психичното здраве. Според влиянието на специфични за глухотата вътрешни и външни фактори се обособяват подгрупи с различен статус на психичното здраве. Психоемоционалното развитие в тези подгрупи е в същедтвено различни отношения към неговите нормативни възрастови задачи и възрастово специфичните психични нарушения при чуващите подрастващи. Това изисква прилагане на диференцирани стратегии, както в превенцията, така и в консултативно диагностичната, възпитателната и терапевтичната дейност.

Проучването установява, че **степента на слуховия дефицит** има съществено влияние в доучилищния период (глухите деца са в по-голям риск), а в училищния – различията между глухи и слабочуващи силно намаляват.

Етиологията на глухотата има различно влияние в доучилищна възраст (по-очертани рискове при вродена/ранопридобита глухота) и в училищна възраст (много по-големи рискове при късно придобита глухота).

Факторът слухопротизиране в доучилищна възраст очертава съществено различна структура на рисковете при деца с слухов апарат, кохлеарен имплант и неслухопротизирани деца. В най-благоприятна позиция са тези с КИ, следвани от децата с СА и накрая тези без апарат. В училищна възраст тези три субгрупи се доближават по структура на профилите, но интензивността на симптоматиката е различна. Променят се позициите на субгрупите по статус на психичното здраве. В най-благоприятна позиция се оказват учениците, които не носят звукоусилващи апарати, следвани от тези с КИ и накрая от лични СА. Този факт е нов, тъй като много от съвременните изследвания показват предимства за психичното здраве на децата с КИ, в сравнение с тези със слухови апарати и не отчитат групата в училищна възраст, която отказва да носи и ползва своите СА (Theunissen S. C., Rieffe C., Kouwenberg M., De Raeve L., Soede W., Briaire J. J., et al. (2012, 2015). Интерпретацията на този факт е интересна и може би свързана с това, че звукоусилващите средства за някои глухи деца имат позитивен ефект върху развитието на говорно-езикови компетентности да известен възрастов период, а след това ефектите намаляват и много ученици от средна и горна училищна възраст се чувстват по-комфортно и по-свободно без тях в междуличностната комуникация.

Влиянието на фактора **рехабилитационна и образователна среда** също търпи възрастови промени. В доучилищна възраст децата от специалните детски градини имат много по-силно очертани рискове за психичното здраве, в сравнения с тези от масовите детски градини. В училищна възраст ситуацията съществено се променя.- профилите на Г/Сч ученици от масовото училище и от специалното училище стават много близки по структура и по степен на интензивност на симптоматиката. Дори учениците от масовото училище имат относително по-завишени стойности по показателите за Поведенческо/кондуктивно разстройство, в сравнение с учениците от специалното училище.

Слуховият статус на семейството не оказва статистически значими различия както в доучилищния период, така и в училищна възраст. Профилите на деца от семейства на чуващи родители и на деца с друг глух член в разширеното семейство. Това е в контраст с често извежданите обобщения, че децата от глухи семейства имат предимство в социоемоционалното развитие (Попзлатева, 1999, 2010; Marschark, Lang & Albertini 2002 и др).

Влиянието на **средата, в която се овладява жестовия език** предимно в общуване в тясната семейна среда или в по-широко общуване с други глухи лица показва, че в предучилищна възраст имат предимство първите, а в училищна – тези, които овладяват жестов език в комуникация с други глухи деца или възрастни имат по-ограничени рискове за психичното здраве. Децата, които учат да използват жестове само в домашна среда имат статистически доказан по-голям риск за Афективно**, Тревожно***, Первазивно* разстройство.

Факторът комуникативен начин, използван в междуличностното общуване в семейството, други глухи приятели и чуващи връстници има също значение за диференцирани различия в статуса на психичното здраве на подгрупите в проучваната извадка. Може да се обобщи, че използването на устна реч статистически значими предимства като защитен фактор във всички комуникативни ситуации за периода на доучилищната и училищната възраст.

4) Обобщенията по четвъртата работна хипотеза са, че възрастните с увреден слух имат повече рискове за психични нарушения, в сравнение с чуващите. Изследването установява тенденцията за изграждане на успешни стратегии за справяне с психотравмиращите стресови ситуации и подобряване на психичното здраве в зряла възраст. Възрастовата динамика на психичното здраве обаче се оказва неравномерна, с периоди на устойчива социална адаптация и с критични периоди с условия за поява на емоционални и поведенчески проблеми. Ранната следучилищна възраст (21-32 г.) и периода от 57 до 65 годишна възраст се оказват по-критични за психичното здраве. Симптоматиката на тревожност и депресивност е по-силно изразена. Подобни данни са цитирани в изследването на Попзлатева (2010) и др. Вероятно с решаването на проблемите със собствено семейство и поради трудова ангажираност в периода от 33-годишна възраст до 56 годишна възраст действат адекватни защититни механизми и се развиват умения за справяне с психотравмените ситуации.

Психичното здраве на глухите възрастни хора, по принцип е negliжирано от специалистите - психолози и психиатри. Една от основните причини е, че устният език на по-голямата част не стига равнище, което може да се използва за свободно общуване в диагностичното интервю или терапевтичните програми. Специалистите по психично здраве обаче следва да поемат предизвикателството за прилагане на алтернативни терапевтични стратегии, които да осигурят своевременна идентификация на проблемите и адекватна терапевтична подкрепа.

Посочените аргументи потвърждават първоначално издигнатите научни хипотези, което разширява познанието за психичното здраве на глухите/слабочуващи деца и възрастни, както по отношения на общите и различните характеристики спрямо чуващите връстници, така и за вътрештогруповите различия в тяхната общност. В широк възрастов диапазон се установяват не само различни, но и идентични емоционално-поведенчески проблеми. Възрастовите микропериоди, които са критични за появата на психични нарушения не произтичат пряко от глухотата и езиковите проблеми. Действието на специфични за глухотата фактори поставя въпроса за сериозните вътрешногрупови различия в популацията, които изискват диференциран подход в терапевтичните дейности, в който се прилагат както традиционни, така и алтернативни терапевтични методи.

Резултатите позволяват да се заяви нуждата от качествено различни стратегии към психичното здраве на децата и учениците с увреден слух. В традиционната практика вниманието на специалистите, семейството и училището от момента на поставяне на диагнозата „глухота“, е едностранично фокусирано върху подобряването на слуховите и езиковите компетентности. Това продължава почти през целия период на детско-юношеското развитие. Социо-емоционалните потребности, умения и нарушения остават неидентифицирани като специални образователни потребности, които могат да бъдат

посрещнати чрез възпитателните дейности в семейството и училището, както и в психо-консултативната и психотерапевтична работа. Резултатите показват, че рисковете за психичното здраве се появяват много рано в детството и са специфични за всяка възраст. Известно е, че проблемите в ранното детство са източник на психичните нарушения в по-късните възрастови етапи. Психопатологичната симптоматика се фиксира и задълбочава, но при своевременна диагностика и терапевтична намеса може да бъде предотвратена или ограничена.

Дисертационното изследване аргументира, че устният език във всички ситуации има позитивни корелации с по-добър статус на психичното здраве. В съвременните условия скрининг изследванията на слуха позволяват ранна идентификация на увреждането, а кохлеарната имплантация и дигиталните слухови апарати осигуряват добри възможности за достъп до устната реч още в първите години на детството и неговото естествено овладяване. Много глухи деца не успяват обаче в ученето на устния език и те се нуждаят от по-добри условия за подобряване на своите компетентности в жестов език. Така, паралелно с организираната слухово-речева рехабилитация и развитието на говорно-езикови комуникативни умения, глухите/слабочуващи деца и ученици имат специална потребност от своевременна медицинска, психологическа, педагогическа и социална помощ, насочена към своевременна диагностика, превенция и терапия на психичното здраве. Това изисква ранна идентификация на проблемите с психичното здраве във всеки възрастов етап, овладяване на източниците на тези проблеми в семейството, междуличностно общуване с връстниците, вътрешни знания и мисли, емоционални преживявания, динамично индивидуално планиране на терапевтичните дейности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Днес научните изследвания обобщават, че социалното и емоционалното развитие в първите три години от живота на децата е критично за тяхното психично здраве в следващите етапи от живота. В този ранен период децата с вродена глухота се развиват в ситуация на звукова и гласова изолация. Много от тях, преди откриване на глухотата и началото на медицинската и слухово-речевата рехабилитация, попадат в риск за психичното здраве поради нарушените емоционални интеракции със своите родители. През следващите възрастови стадии индивидуалните и социалните условия на развитието са усложнени от трудностите в говорно-езиковата комуникацията със семейството и връстниците, от преживяваните психотравми на младите родители, от негативните социални диспозиции към глухотата и редица други. Проблемът за социоемоционалното развитие обикновено се negliжира от родители и специалисти, поради засиленият фокус върху говорно-езиковото развитие. Независимо че изследването установява определена значимост на устния език за психичното здраве, не може да се очаква нормализиране на социо-емоционалното развитие след овладяването на езикови компетентности или придобиване на слухови умения. Съвременните терапевтични стратегии следва да отчитат новата визия за същностните характеристики на психичните нарушения в детско-юношеска възраст и техните детерминанти. Днес става общоприет факт, че зад психичното нарушение стои неадекватното взаимодействие между биологичните, психологичните и социалните фактори. Психичното здраве в детско-юношеска възраст е комплекс от поведенчески и емоционални умения, които се изграждат в социализацията и осигуряват социалната адаптация в различни аспекти. Овладяването на тези умения, традиционно е спонтанен процес и не протича под строгия контрол на образователната система както при чуващите, така и при нечуващите подрастващи. Системните трудности на детето при усвояването на емоционалните и социалните компетентности най-често имат за следствие поведенческа симптоматика за емоционален дисбаланс и социално неприемливи форми на поведение за съответната възраст. Съчетанието на устойчиви симптоми в практическия и комуникативния опит на децата изгражда психологически синдроми, систематизирани в психологически тип класификации (Меш и Уолф, 2007). Анализирани

спрямо биологичните и социалните условия за поява, поведенческата симптоматика е основен критериите за идентификация на психопатологини синдроми и поставяне на диагноза според международните медицински класификации на психичните разстройства (МКБ-10, DSM-IV, DSM-V и др.).

Изследването приема, че слуховите увреждания сами по себе си не предопределят появата на повече рискове за психични нарушения. В някои от случаите на вродена глухота се срещат биологични предпоставки за ендегенни психични нарушения в детска възраст, но при по-голямата част водещите причини са променените условия на интеракция на детето и неговата социална среда. В този смисъл следва да бъде интерпретиран съществения потенциал на социалния фактор за превенция, ранна диагностика на емоционалните и поведенческите проблеми и организиране на адекватни за възрастта терапевтични програми. Изследването проявява двойствената роля на социалната среда – протекционна и рискова за психичните нарушения при увреден слух. Хората с увреден слух се развиват в качествено различни социални ситуации (глухи или чуващи семейства; глухи или чуващи връстници, специални или масови училища, общност и културата на българските глухи хора и тази на чуващите. В тези социални ситуации растящите деца с увреден слух преживяват ежедневно множество психотравмени събития и заедно с това имат потенциал да търсят и изградят адекватни копинг стратегии. Когнитивният потенциал и ограниченият опит в ранна и предучилищна възраст обаче е недостатъчен за самостоятелно справяне с проблемите и вероятно това е причината за силно очертаните в изследването рискове за психичното здраве в предучилищна възраст. Веднъж възникнали психичните нарушения и без специално внимание, много от тях се задълбочават в следващия възрастов период или преминават в друга категория нарушение. Явна е устойчивостта на повишените рискове за дефицит на внимание и хиперактивност (ДВХА) и Посттравматичното разстройство през целия детско-юношески период. Установената тенденция за спад в интензивността на поведенческата симптоматика с възрастта и факта за препокриване на профилите на психично здраве с тези при чуващите ученици в средна и горна училищна възраст не е успокояваща. Та е по-скоро показател за вътрешния потенциал на учениците с увреден слух да се справят с осъзнавани от тях вече проблеми, но неидентифицирани от специалистите. Подобна е ситуацията и с чуващите ученици. Интернализираните психични нарушения често преминават в екстернализирани поведенчески нарушения, за които родители, педагози и специалисти все още нямат добри обяснения.

В настоящия момент традиционните психодиагностични и психоконсултативни процедури както за детско-юношеска възраст, така и за зряла възраст не са адаптирани в към специфичната комуникативна компетентност на хората с увреден слух и липсват обективни условия за подобряване на терапевтичната практика. Доверително общуване в психотерапевтичните програми трудно се установява при липса на общ език между специалист и пациент. От друга страна, справянето с емоционалните и поведенческите проблеми в детско-юношеска възраст е част от възпитателния процес в семейството и училището. Вътрешните преживявания на децата и учениците са малко познати на чуващите родители, педагози и училищни психолози, които работят с Г/Сч деца. Ясно се появява нужда от подобряване на техните знания и уменията, чрез които да стимулират полезни за детето и другите взаимодействия в ежедневните ситуации, да изградят целенасочено социално приемливи форми на детското поведение.

Дисертационното изследване разширява познанието за психичното здраве на деца и възрастни с увреден слух, както по отношения на закономерности спрямо чуващите връстници, така и за специфични вътрешно-груповите различия в тяхната общност. Глухите/ слабочуващите деца и техните семейства се нуждаят не само от диференцирани, но и от строго от индивидуализирани стратегии в консултативно-диагностичната, превантивната и терапевтичната работа през целия детско-юношески период. Резултатите показват, че психичното здраве е застрашено от най-ранна възраст, но те могат да се ограничат при адекватно моделиране на социалната среда на детското развитие, а също чрез оказване на своевременна и компетентна медицинска и психологическа терапевтична подкрепа..

НАУЧНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

На научно-теоретично равнище

Задълбочено е познанието за закономерностите в социо-емоционалното развитие и емоционално-поведенческите проблеми при деца и възрастни с увреден слух в сравнителен план с чуващи връстници.

Проследена е възрастовата динамика на промените в рисковете за психичното здраве и е очертана водещата психопатологична симптоматика в обособени микропериоди при широк възрастов диапазон от 2 до 65 г. възраст.

Проявено е диференцираното влияние на общи и специфични за глухотата фактори върху психичното здраве при увреден слух;

На методологично равнище

Апробирана е съвременна методика за оценка на емоционално-поведенческите проблеми и психичното здраве при увреден слух в предучилищна и в училищна възраст, която е стандартизирана за българската популация в детско-юношеска възраст. Тя посреща потребностите на научните изследвания и диагностичната педагогическа и клинична практика и решава сериозните трудности, свързани с комуникативните проблеми в консултативните дейности.

Адаптирани с български жестов език са стандартизираната форма Въпросник за самооценка на ученици от 10 до 18 г. на Акенбах, Въпросниците за Ситутивна тревожност и Личностна тревожност на Спилбергер, както и въпросниците за Тревожност и Депресия на Цунг.

На научно-приложно равнище

Апробираната Система на Акенбах за оценка на поведението в предучилищна и училищна възраст позволява да се провеждат скрининг изследвания на децата с увреден слух от най-ранна възраст, което би могло да мобилизира усилията на специалистите – медици, психолози и рехабилитатори, за оказване на своевременна подкрепа на децата и техните семейства във всеки възрастов етап.

Системата на Акенбах успешно би могла да бъде използвана при проследяване на ефектите от терапевтичните въздействия..

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ

1. Попзлатева Ц., **Ангелкова П.** (2018). Възрастова динамика на емоционалните и поведенческите нарушения при деца и юноши с увреден слух. Годишник на Софийски университет "Св. Климент Охридски", том 11 (под печат).
2. Попзлатева Ц., Цв. Ангелова, **П. Ангелкова (2014)**. Приобщаващо образование на студенти с увреден слух от педагогическите специалности. В: „Психолого-педагогически проблеми на развитието на личността на професионалиста в условията на университетското образование”, Изд. „ЕКС-ПРЕС”, Габрово.
3. Попзлатева Ц., Трошева А., Алексова Б., **Ангелкова П.**, Иванов Ив., Константинов О., Кунчев Ц., Филипов Н. (2011). Перспективи за адаптация и интеграция на Българската жестомимика в терапията на деца с атипично развитие. Специална педагогика, бр. 2.
4. Попзлатева Ц., Трошева А., Алексова Б., **Ангелкова П.**, Иванов Ив., Константинов О., Кунчев Ц., Филипов Н. (2009). Мултимезиен жестов речник за деца – доклад на Пролетна научна сесия – ФМИ, С.
5. Попзлатева Ц., Трошева А., Алексова Б., **Ангелкова П.**, Иванов Ив., Константинов О., Кунчев Ц., Филипов Н. (2009). Рехабилитационен потенциал на модела << Мултимедия български жестов речник за деца >> Доклад на Национална научно – практическа конференция за рехабилитацията на деца с увреден слух, София.
6. Попзлатева Ц., **Ангелкова П.** (2014). Езикови компетености и социо-емоционално развитие на деца с увреден слух от ранна и предучилищна възраст. Научно изследователски проект в подкрепа на докторанти. Договор №183/2014, НИС, СУ „Св. Климент Охридски”.
7. Попзлатева Ц., **П. Ангелкова (2013)**. Диагностика на знак-билингвистичното развитие на деца с увреден слух. Договор №152/2013, НИС, СУ „Св. Климент Охридски”.
8. Попзлатева Ц., **П. Ангелкова (2012)** Знак-билингвистична адаптация и стандартизация на психологически инструментариум за популацията на глухи ученици. Научно изследователски проект в подкрепа на докторанти. Договор №182/2012, НИС, СУ „Св. Климент Охридски”.
9. Попзлатева Ц., Б. Алексова, **П. Ангелкова**, М. Замфиров (2011-2013). Съвместен международен европейски проект “ЗНАКОВ ЕЗИК И УЧИЛИЩЕ”, 2011 – 2013, GMP 517675-LLP-1-211-AT-COMENIUS-CMP.
10. Попзлатева Ц., А. Трошева, Б. Алексов, **П. Ангелкова** и др. (2010). Интегриране на жестовия език в рехабилитацията и обучението на деца с нарушения. Договор № 152/19.04.2010 НИС, СУ „Св. Климент Охридски”.