

**СОФИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ „СВЕТИ КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“**

**ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА**

**КАТЕДРА СОЦИАЛНА РАБОТА**

*ЕЛИСАВЕТА ГЕОРГИЕВА ПУМПАЛОВА*

**МОДЕЛ НА ПЕДАГОГИЧЕСКО КОНСУЛТИРАНЕ ЗА РОДИТЕЛИ НА ДЕЦА С  
НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИЕТО (до 5 г.)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертация за присъждане на научната степен

*„ДОКТОР“*

*по професионално направление 1.2. Педагогика*

*(„Теория на възпитанието и дидактика“ – Педагогическо консултиране)*

**Научен ръководител:**

Доц. д-р Моника Богданова, дпн

София

2021 г.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за публична защита на заседание на Катедра Социална работа при Факултета по педагогика на Софийски университет „Св. Климент Охридски“, с протокол № .....от .....г.

Дисертационният труд е оформен в три глави и съдържа 188 страници основен текст, 7 страници библиография и 8 страници приложения, 28 таблици, 2 схеми, 2 графики, 9 фигури, библиография със 160 източника, от които 113 на кирилица и 47 на латиница.

Защитата на дисертацията ще се състои на..... от ..... часа,  
в.....

Материалите са на разположение в к-т 45а, Катедра „Социална работа“ и в к-т 56 Деканат.

## СЪДЪРЖАНИЕ

УВОД	4
<b><u>ПЪРВА ГЛАВА. Теоретична постановка за определяне модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5-годишна възраст</u></b>	<b>9</b>
1. Дефиниране на основни понятия – дете с нарушение в развитието (до 5 г.), педагогическо консултиране	9
2. Предизвикателства пред отглеждането и възпитанието на дете с нарушение в развитието в ранното детство (в психоаналитична перспектива)	16
2.1. <i>Психо-физиологични характеристики на ранното детство – предпоставки за нарушение</i>	16
2.2. <i>Образ на семейството на детето с нарушение в развитието (до 5 г.)</i>	22
2.3. <i>Не-семейната среда в подкрепа на семейството</i>	26
<b><u>ВТОРА ГЛАВА. Същност на педагогическото консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5 години</u></b>	<b>31</b>
1. Педагогическото консултиране като процес (в психоаналитична перспектива)	31
2. Модел на педагогическо консултиране за родителите на деца с нарушения в развитието	35
<b><u>ТРЕТА ГЛАВА. Емпирично изследване на Модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието (до 5 г.)</u></b>	<b>41</b>
<b>I. ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО – КОМПЛЕКСНИ ЗАДАЧИ, ОБХВАТ</b>	<b>41</b>
1. Подготвителен етап – провеждане на фокус групи	42
1.1. <i>Изводи</i>	42
2. Пилотен етап – описание на случаи	43
2.1. <i>Цел и изследователски въпроси</i>	43
2.2. <i>Избор на случаи</i>	43
2.3. <i>Изводи</i>	44
3. Заключителен етап – анкетно проучване	45
3.1. <i>Резултати и анализи</i>	46
3.2. <i>Изводи</i>	60
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	<b>61</b>
<b>ПРИНОСНИ МОМЕНТИ</b>	<b>62</b>
<b>Библиография</b>	<b>63</b>
<b>Публикации по темата на дисертационния труд</b>	<b>66</b>

## УВОД

В последните години, като тенденция в обществото, се наложи децата да отговарят на определени изисквания, които не само са гарант за доброто им развитие, но са и гарант за норма. Понятието норма се възприе като строго установено, лимитиращо здравето (психо-физическо, емоционално) на детето. Това, от една страна, улеснява специалистите, ангажирани с детското здраве, но, от друга страна, дава повод голяма част от децата с нарушения да бъдат диагностицирани най-общо като „деца с разстройство в развитието“. А пътят, който диагнозата задава, е предизвикателство и за детето, и за неговото семейство, особено ако диагнозата се поставя под въпрос, а въпросите на детето останат без отговори. Наложеният модел, според който липсата, забавянето или възрастовото несъответствие на даден показател в развитието не отговарят на съвременните изисквания, често води до пренебрегване на индивидуалността, личната история и потенциала на детето. В съгласие с еволюционния напредък, звучи логично да се изисква децата да са преждевременно развити, с високи постижения, но това поставя все повече въпроси пред техните родители, възпитатели, учители, лекари, всички специалисти, които в различен етап от това развитие се срещат с едно дете, което не винаги е разбрано.

Без да поставяме Хипократова или друга клетва, всички ние, споделящи отговорността за децата, в професионалното си поприще, сме приели да подкрепим семейството на детето с нарушение да намери най-добрия възможен път, имайки предвид, че не диагнозата определя пътя на работа, а професионалното разбиране на и за нарушението, в контекста на семейната и социална динамика. Нарушението при детето до 5-годишна възраст провокира търсене, защото това е възрастта на непрекъснати промени, в която всички телесни и психични функции се развиват. Вече добре познато и изучено (описана подробно както по отношение на когнитивни промени в теорията на Ж. Пиаже, така и на психосексуалното развитие според З. Фройд), е прието, че най-общо ранното детство обхваща два периода:

1. От раждането до тригодишна възраст – период, отличаващ се със съществени промени в сетивно-двигателната дейност, психо-физическо и социално развитие, в който основни са възпитанието и социализацията, разбирани като подготовка за обществото, за живота в група, интернализирани на забрани (отношение към правилата и връзката със символичния закон или казано по друг начин „личната свобода свършва там, където започва тази на другия“ (Креспен., К., 2018, с. 73); движението и сетивата задават параметрите на тялото, телесните граници и позволяват едно непрекъснато изследване и експериментиране, чрез което светът се опознава и разбира; речта се появява; развиват се координацията, научаването на чистота и се поставят основите на самостоятелното поведение.

2. От тригодишна до петгодишна възраст – в този период детето влиза в структурата на детската градина (започва организираната образователно-обучителна дейност), среща предизвикателството да общува с другите (да борави по-ясно с речта), да взаимодейства в група, да е социално (да приема правилата на социума през призмата на собствената свобода), но и да се справя само, да познава и владее тялото (движенията са уверени, детето може значително по-добре да ги балансира и координира) и емоциите си (изразява усещанията си, учи се да ги самоконтролира и саморегулира).

Ранното детство е специфичен период, в който унаследените индивидуални особености (още от бременността) се разгръщат посредством средата, в която живее

детето и възпитанието, което го ръководи и насочва във взаимодействието му с различни социални системи - семейство, приятели, институции, традиции, закони и др. (Татъзов, Т., Витанова, Н., 2004). Но срещата със себе си и с другите може да е плашеща, трудна, да изисква повече усилие – всяко „препятствие“ по пътя на порастването е предпоставка за нарушение. Ранното детство е моментът, в който превенцията и навременната интервенция са възможни. Но това изисква, при срещата с всяко ново дете, да се питаме: „Кое е това дете?“, „Какво означава неговото нарушение? Как се вписва в семейството си, в градината, обществото?“. Това са само част от централните за първа глава на дисертационния труд въпроси, описвайки детето с нарушение през призмата на педагогиката, като наука, пряко ангажирана с въпросите на възпитанието и психоанализата, като инструмент, който поддържа вътрешните преживявания и предотвратява възникването на симптоми.

Основно е разграничението между понятия, които в професионалното поле често се ползват като синонимни, без отчитане на спецификите на всяко едно от тях. Централен фокус се поставя върху детето с нарушение като субект в семейството, обществото, света, чиито затруднения са апел за помощ, подкрепа и именно възпитанието е възможна предпоставка това да се случи. Ключови в разглеждането на проблемите са педагогическите схващания за възпитанието, разгледани в тяхната историчност, с отчитане влиянието им в съвременното общество, преплитайки ги с психоаналитичното схващане за семейството и детското развитие. Направеният обзор е основа за конструирането на модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието.

Разглеждайки образа на детето в различни периоди и епохи, не може да се отрече, че това, което се е променило за времето от Древния свят до света на технологиите, е отношението към него. В старанието си да бъде една адаптивна, ефективна, доказваща се личност, не става ли обаче същото, което критиката в миналото е приписвала на традиционните теории, а именно – уеднаквяването – в подхода на възпитание, грижата, обучението, образованието, постиженията. В търсенето на най-ефективното, работещото, във втора глава на дисертационния труд се прави обзор на основни модели и добри практики, за да се обособят онези, които творят не ЗА детето, а С него, отвъд „етикета“. В основата на избора е приемствеността, в търсенето на цялостен педагогически психо-социален подход, основан на теоретична парадигма, необходима за всяко консултиране (включително педагогическо).

В литературата, педагогическото консултиране може да се открие във връзка с педагогическото развитие на децата в училищна възраст, а тази функция най-често се поема от педагогическия съветник или класния ръководител. Когато обаче, се говори за педагогическо консултиране в ранна детска възраст, липсват ясни критерии и стандарти, по които да се ръководим и възниква определена неяснота по отношение на същността му като явление и процес. А това поставя следните изследователски въпроси: „Каква е същността на педагогическото консултиране в ранна детска възраст? Как педагогическото консултиране се превръща в основен инструмент за подкрепа на родителите? Кой би могъл да го провежда на родители на деца с нарушения в развитието?“, които се разглеждат обстойно и занимават изследователския интерес във втора глава на дисертационния труд. Тук, връзката между педагогика и психоанализа се дообогатява и развива, за да се изведат параметри на педагогическото консултиране в

*психоаналитична перспектива, като основен инструмент в подкрепа на семейства на деца с нарушения в развитието (до 5 г.)*<sup>1</sup>.

През 2011 г. е проведено епидемиологично проучване „Оценка на психичното здраве на децата в училище“, данните от което за София град и София област сочат, че 53,6% от децата имат психично-здравни проблеми, които не изискват психиатрична помощ, но друг вид подкрепа (Банова, В., 2020). По-голямата част от тези деца остават неразпознати в училищната и здравна система. Ясно се очертава нуждата от систематично консултиране на родителите, независимо в коя сфера е проблема. В друго изследване от 2018 г., на системите, подкрепящи ранното детско развитие, взаимовръзките и взаимодействието между тях и с родителите, реализирано от ИИНЧ на БАН, Фондация „За нашите деца“ и Сдружение „Дете и пространство“, се установява, че липсва цялостен план за ранна детска интервенция и не се отчитат нивата на превенция, включени от СЗО в дефинирането на подхода ранна интервенция (пак там). В България не се покрива дейността „Психологична и/или психиатрична подкрепа и/или лечение за детето и семейството“ и често интегрираните услуги за ранна детска интервенция се трансформират в социални такива, като по този начин изцяло се губи фокуса им, в това число достъпа на повече семейства до тях и превантивния им характер<sup>2</sup>. Интервенцията и превенцията в ранна детска възраст са предизвикателства пред изведения модел на консултиране, на които се обръща специално внимание.

В отговор на потребността от изследвания, трета глава на дисертационния труд се занимава с емпирична проверка на изследователската хипотеза, като се анализират резултатите, получени от проведеното емпирично изследване. За целта бе разработен пакет от инструменти, приложени в различни етапи. Получените резултати и анализите от проведените фокус-групи с експерти от полето на ранното детско развитие, описанието на случаи и анкетно проучване, свързано с приложението и ефективността на разработения модел, дават основания да се направят изводи за това каква е системата на работа с родители на деца с нарушения в развитието и към какво трябва да се насочат усилията в бъдеще.

Днес, въпросът за консултирането, като процес на търсене на решение, е инструмент на различни специалисти. Но консултирането по въпросите на отглеждането и възпитанието на децата до 5-годишна възраст сякаш става все по-популярно, което налага тепърва да отчитаме неговите специфики и да следваме стандарти. В последните години, започна да се оформя като допълнителна компетентност за учители, педагози, логопеди, възпитатели и други специалисти, но, тепърва предстои професионализиране и уточняване на параметрите му, с цел предоставяне на адекватни услуги за семейства на деца с нарушения в развитието.

**Обект на изследването** е педагогическото консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5 г., а **предмет на изследването** – условията и субектите за реализиране на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието (до 5 г.).

---

<sup>1</sup> Потенциала и значимостта на тази колаборация се доказва в голяма степен в емпиричната част на дисертационния труд – т.2 Пилотен етап – описание на случаи.

<sup>2</sup> В резултат, октомври 2018 г., се учредява Алианс за ранно детско развитие, който събира повече от 40 неправителствени организации, физически лица и образователни институции, с основна цел да „мобилизира усилията на своите членове и партньори за осигуряване на пълноценна среда за развитие на потенциала на всяко дете в ранна възраст“ (<https://uni.cf/2ITI0nI>).

### **Целта на изследването е двустепенна:**

1. Да се концептуализират и изследват възможностите на педагогическото консултиране като инструмент за подкрепа на родители на деца с нарушения в развитието до 5-годишна възраст.

2. Да се структурира и апробира модел на педагогическо консултиране, основан на връзката между педагогика и психоанализа.

### **Задачи:**

1. Да се проучат литературни източници по проблема, както и да се направи обзор на основни педагогически теории, с отношение към връзката възпитание-нарушение в развитието на детето.

2. Да се проучат чуждестранни добри практики на утвърдени модели на работа с родители на деца с нарушения в развитието.

3. Да се структурира и апробира модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието.

4. Да се проведе емпирично изследване по посока на:

- оценка на модел за педагогическо консултиране на родители;
- възможностите за неговото приложение;
- потребности на специалистите от полето на ранното детско развитие;
- професионализъм на специалистите.

5. Да се систематизират конкретни изводи и препоръки.

### **Хипотеза**

Предполага се, че специфични условия и специфично професионализиране на специалистите за педагогическо консултиране на родители на деца с нарушения до 5-годишна възраст биха повишили ползите от работата на системата за всяко семейство.

*Актуалността на поставената тема произтича от световната потребност децата с нарушения да бъдат разбрани, от липсата на изследвания в полето, свързани с профила на консултанта и същността на педагогическото консултиране за деца с нарушения в развитието във възрастта 0-5 години. Ранното детско развитие днес е световен приоритет и като такъв следва да се търсят най-добрите модели за справяне с нарастващия брой деца с нарушения, подкрепяйки техните семейства, по възможно най-качествения начин. Дисертационният труд е опит да се очертаят границите на педагогическото консултиране като процес и да се изведе като инструмент в подкрепа на ранното детско развитие. Периодът до 5 години е най-активната възраст, когато детето все още не е попаднало под образователните стандарти, когато мозъкът му търпи най-гъвкаво развитие и когато превенцията и навременната интервенция могат да предотвратят поставянето на диагноза и влизане в регистрите на деца със СОП. Идеята на докторанта е да се мислят мерки за „преди“, а не за „след“, защото националната система и нормативна база действат все по-усилено в посока „след“, но времето до поставянето на диагноза понякога се пренебрегва и не се използва ефективно. В този период, детето и родителите срещат най-много специалисти (педиатри, лекари от различни специалности, възпитатели, педагози, логопеди, психолози и др.), които биха постигнали значително по-голяма ефективност в работата си, ако работят единно, в призмата на определен модел, през единен подход. Изобретяването и апробирането на модел на педагогическо консултиране е само начална част от утвърждаване на добри практики, важни за социалната политика и за здравето на децата на България. Това не се отнася само до тези, които имат нарушения, а до всички деца, които в определен етап от живота си срещат определени трудности и имат смелостта да търсят отговори*

*на своите въпроси и на тези на своите родители. Защото вече е световно известно, че въпросите на родителите неизбежно достигат до децата, и родителското поведение дава отражение в психо-социалните проблеми, които възникват при тях<sup>3</sup>. А това поставя редица въпроси пред учителите, педагозите и всички специалисти, които, работейки в колаборация, се стремят към осигуряването на по-качествена грижа и подкрепа.*

Логически, основните връзки, които се следват и изучават в теоретичен и емпиричен план, могат да се представят по следния начин:

Възпитание и отглеждане в семейството – прояви при детето (условия за поява на нарушение)

Взаимодействие родители – специалисти (отговорни субекти, субективизиране на детето с нарушение до 5 г.)

Взаимодействие специалисти – специалисти – семейство (модел на работа, подход)

Така, изведеният в дисертационния труд модел онагледява представените връзки и поставя акцент върху педагогическото консултиране като основен инструмент за подкрепа на семейства на деца с нарушения в развитието, появили се в резултат от семейната динамика и начина на отглеждане и възпитание. Колаборацията между педагогика и психоанализа прави възможно специалистът, ангажиран с тази не-лека задача, да разполага с широк спектър от познания, необходими за справяне със ситуацията, подкрепа на семейството и разбиране на детето.

---

<sup>3</sup> Виж повече в: Ellenbogen и Hodgins (2004).



## **ПЪРВА ГЛАВА. Теоретична постановка за определяне модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5-годишна възраст**

Отглеждането и възпитанието на децата винаги е било централна тема в семейния и обществен живот, но предвид нарастващия брой на деца с нарушения и разстройства в развитието, следва да се търсят причините за тяхната поява. В първа глава на дисертационния труд се уточняват основни понятия, извеждат се дефиниции и педагогически теории, проследява се развитието на нарушението на детето в контекста на семейната динамика, като се залага на ресурса на семейството и се изследват причините за появата му, отвъд диагнозите и статуквото. Поставят се важни изследователски въпроси, отговорите на които се търсят, на първо място, заради историчността и приемствеността на идеите, които и днес дават своя принос на теоретико-практическо ниво, и, на второ място, заради приложението на тези идеи, в структуриране на работещ модел, свързан с консултиране по въпросите на отглеждането и възпитанието в контекста на семейната динамика.

### **1. Дефиниране на основни понятия**

#### ***Дете с нарушение в развитието (до 5 г.)***

*„Всички ние – лекари, педагози или просто родители – сме убедени, че децата са човешки същества, но въпреки това не преставаме да се отнасяме към тях като към вещи под претекст, че тяхната човешка същност ще настъпи утре. Ние не преставаме да ги подчиняваме на физически оценки, които, под различна форма, представляват смазващи присъди”* (Манони, М., 1987, р. 9).

Думите на Мод Манони са повод за размисъл, равностметка, анализ, те са думи без времева давност. Децата с нарушения в развитието са обект на засилен обществен, педагогически, политически, социален интерес, но често липсва точно позоваване и дефиниране на понятието „нарушение“, макар то да се използва широко (особено в публичното и Интернет пространството). В контекста на дисертационния труд, дефинирането му се прави в хода на дедуктивната логика и е базирано на връзката с други понятия – дете с увреждане, дете с разстройство в развитието, дете със СОП (които се употребяват понякога като синонимни).

За децата с прояви на някакво отклонение от зададената норма, в миналото често се е мислело като за увредени. Днес, дефиницията на *понятието „увреждане“* може да бъде открита в чл.1 на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания (2006), който гласи, че това са „лица с трайна физическа, психическа, интелектуална и сетивна недостатъчност, която при взаимодействие с обкръжаващата ги среда би могла да възпрепятства тяхното пълноценно и ефективно участие в обществото равноправно с останалите”. В Националната стратегия за равни възможности за хората с увреждания (2016-2020) понятието се дефинира като „загуба или нарушаване на физиологически и анатомически структури и на свързаните с тях физически, умствени или психически функции”. Основната разлика с нарушението засяга необратимостта на състоянието, обусловено от медицински фактори, която, обаче, би могла да не е пречка за пълноценния живот (в личностен и социален план).

По смисъла на необратимост, увреждането се доближава до *понятието за разстройство в развитието*, което е дефинирано и широко използвано в психиатричната практика. Прието в смисъла на „нозологична единица”, разстройството на (детското)

развитието е ясно дефинирано в МКБ-10 (2007)<sup>4</sup>. За разстройства в развитието се говори след 3-годишна възраст, когато се поставят диагнози (на всяко разстройство съответства цифра и определение). Важното разграничение между разстройство и нарушение, което психиатрията прави, е отнесено към периода преди 3-годишна възраст, в който под нарушение се разбират „симптоми, които нямат статут на разстройство”, но биха могли да доведат до такова (Полнарева, Н., Терзиев, Д., 2007, с. 268). В този период, причината за нарушение може да е една, но с проявления в други области на развитието, изискващи намесата на различни специалисти - логопеди, педагози, социални работници, психолози. Нарушението е предпоставка за бърза професионална намеса, която да разбере симптомите на детето. Ако това не се случи и семейството не успее само да изобрети начин, по който да помогне на детето, след 3-годишна възраст, пътят много често води до кабинета на детски психиатър, който поставя диагноза. Всяка диагноза подлежи на промяна, но това не се случва често.

След 3-годишна възраст, в България, детето с нарушение най-често попада в регистрите на деца със СОП, включвайки се в дейността на други институции (детска градина, впоследствие училище), когато симптомите на нарушение или на вече поставена диагноза на разстройство в развитието се отразяват върху процесите на социализация и обучение. *Понятието СОП* е събирателно и е дефинирано в нормативните документи<sup>5</sup> на Министерство на образованието и науката и към него спадат всички деца, които срещат различни затруднения, поради:

- сензорни увреждания;
- физически увреждания;
- умствена изостаналост;
- езиково-говорни нарушения;
- специфични обучителни трудности;
- емоционални или поведенчески;
- нарушения на общуването и комуникацията;
- хронични заболявания, които водят до СОП;
- множество увреждания.

СОП е категория, чиято цел е детето да бъде подкрепено в трудностите, които среща в образователната среда. Законът за предучилищното и училищното образование, влязъл в сила през 2016 г., урежда въпросите по допълнителната подкрепа за личностно развитие на децата със СОП (среда, ресурсно подпомагане, индивидуална работа), създаване на екипи в подкрепа на приобщаващото образование, процедурата по оценяването на децата, приема в институция (градина, училище) и др.

Законът има връзка и с приетия през 2017 г. Закон за приобщаващото образование, който регламентира условията и реда за осигуряване на обща подкрепа за личностно развитие на децата и учениците. Глава втора регламентира оценяването на децата, което е задължително за всички и чрез него биват отделени тези, при които съществува риск от

---

<sup>4</sup> В световната практика, за идентификация на психичните разстройства, се използва още DSM (Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства), но у нас по-широко приложение намира МКБ-10.

<sup>5</sup> Напр.: Закон за народната просвета, Правилник за прилагане на Закона за народната просвета, Наредба №1 от 23.01.2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или хронични заболявания в системата на народната просвета, Национален план за интегриране на деца със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания в системата на народната просвета и др.

обучителни трудности, въз основа на което се поставя СОП<sup>6</sup>. Според **Чл. 8.** (1) Ранното оценяване на потребностите от подкрепа за личностно развитие на децата се извършва в процеса на предучилищното образование. (2) Ранното оценяване по ал. 1 се извършва от педагогическите специалисти в детската градина<sup>7</sup>. Същият член регламентира подкрепата на личностното развитие, наличието на рискови фактори в средата на детето, както и извеждането на неговия ресурс.

В това направление действат Законът за народната просвета и Правилникът за неговото прилагане, които уреждат учебния статут на децата със СОП. С Наредба №6 от 2001 г. за обучението на деца със специални образователни потребности и/или хронични заболявания и Наредба №1 от 23 януари 2009 г. се уреждат въпросите, свързани с обучението, образованието, проследяването, диагностиката. В този смисъл, може да се каже, че СОП е категория, в която би попаднало детето с нарушение, ако не успее да отработи въпросите си и да се справи със симптомите, които пречат на приобщаването и обучението му. *От компетентността на специалистите зависи дали това ще се случи, с акцент върху работата преди да бъде поставена категория и въпреки нея.*

В съвременната литературата, М. Богданова (2013) въвежда *понятието „специфични потребности“*, като извежда на преден план специфичните потребности, защото всяко дете има специални такива, разграничавайки го по този начин от СОП. В допълнение, „специални“ се отнася към образованието и обучението, съобразено с определени механизми, подходи, ограничения, пренебрегвайки равностойността с другите деца. Понятието „специфични потребности“ препраща към друго схващане на нарушението – развитие на потенциал, възможности, пълноценен живот, приемането като субекти, което е в съответствие и с авторовата идея, която залага на потенциала и разглежда нарушението като специфична проява на търсене от страна на детето. Нарущението е ресурс, не ограничение.

*В професионалното поле на работа със семейства и деца се изисква разграничение между понятията, тъй като начина, по който се назовава състоянието на детето, често е определящ за последващата работа на включените в процеса специалисти. Понятията „увреждане“, „разстройство в развитието“ и категорията СОП нормативно са ясно дефинирани, но в литературата (включително Интернет източници) все още се употребяват като синонимни. В този контекст, понятието „нарушение“ се дефинира в зависимост от предметната област на различните науки<sup>8</sup>,*

---

<sup>6</sup> Когато за детето е трудно да се включи в процеса на обучение, а родителят и/или директорът на детската градина/училище има съмнение за СОП, той подава молба към РУО (Регионално управление на образованието). Прави се оценка КПО (Комплексно Педагогическо Оценяване) от назначен екип, който включва различни специалисти, които да установят потребностите на детето и семейството от подкрепа.

<sup>7</sup> Ранното оценяване на децата се случва от 3 години до 3 години и 6 месеца (при постъпването им в детска градина), но липсва работа със семейството, което е включено единствено при определяне на благоприятна-неблагоприятна среда.

<sup>8</sup> Ако в психиатрията това са симптоми, то в логопедията нарушението се свързва с говорна патология (дихателна, фонационна, артикулационна, прозодична), като гласовите, артикулационните и прозодични симптоми се приемат за отделни нарушения, обединени с термина „говорни/речеви нарушения“. Ако в миналото, дефектологията е приемала нарушението като дефект/болест, то днес, съвременната специална педагогика разглежда нарушението не като дефект, който следва да се бъде отстранен, а като част от живота, който може да се компенсира. За социалните работници, нарушенията е посока за изграждането на комплексна комбинация от мерки, насочени към решаването на конкретни социални проблеми, породени от създадалата се ситуация и вземане на адекватни мерки, съответни на потребностите на детето и семейството.

*но при работа в екип се изисква единно схващане и разбиране за неговата същност.*

От друга страна, следва да се отбележи, че *понятието „нарушение“* не е ново, то е познато и използвано в теоретико-приложен план от специалистите в полето на ранното детско развитие. *Липсата на сензитивност и критичност при неговото прилагане обаче, задейства механизми и процеси, стигматизиращи и ограничаващи развитието – от правен и (най-вече) психичен порядък.* Ето защо, необходимостта от преразглеждане на понятието „дете с нарушение в развитието“ е продиктувана от „очовечаване“ на употребата му, на ограничаване на техническото му използване на „общо основание“. Авторовият стремеж е насочен към акцентирание върху контекстуалната свързаност на понятието с цялостния жизнен потенциал на детската личност и ресурсите на най-близкото му обкръжение, като крайната цел, в перспектива, е да му бъде върнат статута на преходно, на „праг“ - превенция, преди да бъдат взети други мерки; да се изведе ресурса на понятието като шанс детето (и неговото семейство) да се справи със състоянието.

Позовавайки се на напредъка, постигнат по отношение на грижата за децата и тяхното развитие, но през критичния поглед върху все още развиващата се система, за целите на настоящия труд, под термина **„деца с нарушение в развитието“** ще се разбира *„деца със специфични потребности, чиито симптоми все още нямат статут на разстройство<sup>9</sup>, но по съвременните схващания, развитието им не съответства на приетите за възрастта норми“.* Понятието „дете с нарушение“ е събирателно за децата до 5-годишна възраст, които проявяват симптоми (често съответни на дадено разстройство в развитието), но липсва генетична или медицинска причина, сочена като първопричина. Фокусът е върху детето като субект и личност, а не като измерима величина. *Нарушението се разглежда като отправна точка, върху която да се мисли за историята на детето и неговото семейство, за извеждане на ресурса, като се търси връзката минало-настояще, с оглед на причините. А самото нарушение се тълкува и дефинира не на личностно, а на системно ниво – системата, в която живее и функционира детето. В този смисъл, в дисертационния труд, нарушението на детето се разглежда в пряка връзка със семейния контекст (семейно, родово минало, лични истории на родителите, стил на отглеждане и възпитание) и неговото влияние върху появата му, като в емпиричната част се извеждат съответните доказателства, потвърждаващи тази връзка.*

### ***Педагогическо консултиране***

Консултирането намира все по-широко разпространение в теоретичен и особено в практически аспект, защото позволява специалистът в дадена област да се доближи максимално до състоянието и потребността на консултирания. Неговото приложение е продиктувано от „живота“ на обществото и забързано му развитие, а така също от индивидуалното развитие на всеки негов член. Консултирането може да се открие във всички сфери, засягащи това развитие, от раждането, през израстването (личностно и професионално). В този контекст, в стремежа за постигане на „хомеостаза“, човекът/личността/детето/семейството, може да се докосне до различен вид консултиране:

---

<sup>9</sup> Важно е възрастовото разграничение от 0-3 и от 3-5 години, тъй като, ако в първия период, говорим за нарушение, то във втория, ако това нарушение не е отработено, се рискува поставяне на диагноза или категория СОП (при постъпване в детска градина).

- медицинско (по време на бременност, при болест, при възникнали въпроси, свързани със здравето);
- лично (лични въпроси, най-често свързани или провокирани от определена житейска ситуация);
- педагогическо (по въпросите на отглеждане и възпитание на детето; училищните въпроси и проблеми);
- психологическо (при нужда от психологическа подкрепа);
- кариерно (свързано с кариерните планове, кариерно израстване и развитие);
- духовно (свързано с духовни практики);
- социално (има се предвид в социалната работа, социално-педагогическо и др.);
- консултиране, свързано с всяка една друга сфера от личния живот (интериорно, маркетингово, банково, финансово, правно, корпоративно консултиране и др.).

В хода на човешката цивилизация, консултирането винаги е присъствало като явление и процес, имайки предвид, че в първобитните общества този, който е бил начело на социалната група, се е *допитвал* до шамана или друго вещо лице, което може да го насочи при вземането на важни решения. Днес, консултирането е обособено най-общо като сложен процес на взаимодействие между консултант и консултиран, с цел постигане на благосъстоянието на консултирания. Според Българския тълковния речник (2018, с. 379), консултантът е „специалист, който дава съвети и заключения по въпроси от специалността си“, а консултираният е човекът, който търси мнението на консултирания. От това следва, че консултантът трябва да притежава необходимата подготовка и набор от знания, за да се реализира успешно процеса на консултиране.

Един от аспектите на консултиране е педагогическото такова. В англоезичната литература, словосъчетанието педагогическо консултиране най-често се открива като „educational counseling“, което, поради спецификите на езика, се превежда както като образователно, така и като възпитателно консултиране<sup>10</sup>. Терминът „educational“ насочва към възрастта, в която се реализира, а именно училищна, като консултирането засяга както учениците и трудностите, които срещат, така и техните родители, а ролята на консултант се поема от екипа на съответната институция (напр. психолог, директор, педагогически съветник, учител).

В контекста на консултирането в училищна среда (през връзката педагогика-психоанализа), голям принос в световния (теоретичен и изследователски, през връзката педагогика и психоанализа) опит има Анна Фройд. Тя прекарва значителна част от професионалния си живот в работа с учители и възпитатели в детски ясли и предприема редица образователни експерименти. По този начин се ангажира с някои от водещите идеи, произтичащи от движението за прогресивно образование в началото на 20-ти век, като модифицира част от тях в контекста на психоаналитичното схващане. Създава институцията „Matchbox School“, работеща под нейно ръководство между 1927 и 1932 г. (Midgley, N., 2008).

В съвременната световна наука и практика, връзката между педагогика и психоанализа, в контекста на педагогическото училищно консултиране, засилено се развива от Д. Брицман<sup>11</sup>, част от чиито трудове са посветени на приложението на психоанализата в училищна среда, с цел превенция на психо-социални нарушения,

<sup>10</sup> На френски, употребата на понятието „education“ е със значение по-скоро близко до понятието възпитание.

<sup>11</sup> Професор и практикуващ психоаналитик. Нейните изследвания свързват психоанализата със съвременната педагогика и училищното образование. Вж: Britzman, D. (2013).

подобряване на връзката специалисти-ученици, специалисти-родители и родители-деца. Семейството е изведено като ключов елемент в тази триединна връзка.

Основана в голяма степен на заложената в миналото връзка педагогика-психоанализа, педагогическата консултация (в светлината на връзката педагогика-психоанализа), в съвременето се дефинира от Х. Фигдор (2000) като процес на консултиране, който засяга т.нар. възпитателни трудности, възникнали в отношенията родители-деца, а консултирането е средство за интервенция върху детското развитие. Някои допирни точки може да се открият в социално-педагогическото консултиране в образованието, което си поставя за цел удовлетворяването на личните потребностите и образователните нужди на учениците. Сарасон посочва консултативния подход като инструмент за промяна в образователната среда, а години по-късно Дж. Бардън, една от основните фигури в това поле, отбелязва важната функция на психолозите в училище и педагогическите съветници в това направление (по Бояджиева, Н., 2015).

В България, както и в световния контекст, педагогическото консултиране се е обособило като инструмент в подкрепа на учениците и педагогическия персонал и се разпознава също като училищно консултиране<sup>12</sup>. Педагогическото консултиране в училище подкрепя учениците и техните семейства, а ролята на училищния персонал бива все по-прецизно дефинирана. Наредба №15 от 22 юли 2019 за статута и професионалното развитие на учителите, директорите и другите педагогически специалисти в системата на училищното и предучилищно образование, определя функциите, квалификацията, съдържанието на професионалното портфолио и други, като се засяга и въпроса за консултирането, като инструмент за работа както с децата, така и с техните родители. Длъжностите учител и възпитател задължително включват *„информирание и консултиране на родителите по въпроси, свързани с обучението, възпитанието и социализацията“* на децата. Функциите на психолога задълбочават процеса на консултиране, като тяхното регламентиране се открива в **чл.15** от Закона: *„взаимодействие и консултиране на учителите, другите педагогически специалисти и родителите за справяне с даден проблем, свързан с обучението, възпитанието и социализацията на децата и учениците, или за вземане на решение по случай; индивидуално консултиране, работа по конкретен случай, групово работа по определен проблем, кризисна интервенция, превенция на психично-здравни проблеми и други форми на подкрепа“*. Ако работата на психолога засяга определен проблем и се касае по-скоро за психологическо консултиране, то педагогическият съветник е този, който провежда педагогическото, което включва *„консултиране и подпомагане на учениците, учителите, родителите и училищното ръководство в осъществяване и поддържане на връзките между семейството, училището и обществото“*. При детето с нарушение, проявите, симптомите може да се търсят както в

---

<sup>12</sup> Наред със С. Иванов (2014), който дефинира етапите на училищно консултиране, сред съвременните изследователи на педагогическото консултиране, взаимодействие и общуване, принос в това поле имат още Н. Бояджиева, Я. Мерджанова, Д. Искрев, Д. Гюров, Б. Мизова, С. Цветанска, М. Богданова, В. Чавдаров и др. В тази връзка е необходимо да се направи разграничение с педагогическото взаимодействие, което е форма на сътрудничество, необходима за развитието на детето, опосредствана от учебно-възпитателната дейност. Педагогическото взаимодействие включва определени форми и засяга отношенията родители-учители/възпитатели, но като процес е твърде различен от консултирането. В Закона за предучилищното и училищното образование (2016) се определят формите на взаимодействие/сътрудничество между родителите и детската градина, като освен традиционните, вече се прилагат и нови такива, които предполагат интерактивни игрови технологии, тренингови похвати, анализ на възпитателни ситуации в рамките на групата, реализирани от специалисти в ситуативни срещи.

образователната среда, така и в семейната, но при всяко положение се изисква включването на родителите, за да се изясни генезиса на нарушението и да се помогне на детето по възможно най-добрия начин. От тук, може да се изведат и *ключовите за педагогическото консултиране в училищна среда фигури: учител, педагогически съветник, психолог.*

Така, отнесено към възрастта до 5 г., нарушения в развитието и изхождайки от понятията „отглеждане“, „възпитание“ и „консултиране“, *педагогическото консултиране в ранна детска възраст* може да се дефинира като „специфичен процес на взаимодействие, насочен към родителските въпроси по отглеждането и възпитание на детето, чието нарушение се разглежда в контекста на семейната динамика и среда (разбиране и смисъл на симптомите)“. Целта му е подобряване на връзката дете-родители, осигуряване на най-добра грижа за детето и благополучие на семейството, в контекста на системата, в която функционира. Педагогическата консултация изисква сътрудничество и мислене в една посока и е породено от предизвикателствата, които родителите и детето срещат. А от специалиста, независимо от специалността, която има, се изискват познания от областта на педагогиката, възпитанието и съответната квалификация за провеждане на консултиране. Това може да е учител, възпитател, психолог, друг специалист, включен в процеса на работа с детето.

Процесът на педагогическо консултиране е един, но с различни специфики, според възрастта на детето, проявите на нарушение и спецификите на периода на развитие. Със сигурност, могат да се открият два важни аспекта, свързани с дефинирането на понятието и разглеждането му като процес<sup>13</sup>:

- винаги включва свързаност и изисква екипност – поведението на детето се разглежда в контекста на системите, в които функционира (детска ясла, градина, училище, семейство);

- спецификите на възрастта и проявленията на нарушението изискват специалистите да имат необходимия набор от знания и умения, както и квалификация, която да им позволи да започнат процеса на работа по случай и да го доведат до приключване.

Поставяйки детето с нарушение до 5 г. в центъра на системата за грижа и подкрепа, следва винаги да се мисли за различните аспекти на сложните процеси на отглеждане, развитие, възпитание, социализация и да се познава тяхната същност, защото непознаването и неточното боравене с понятията може изначално да обърка процеса на педагогическо консултиране. В контекста на дефинирането му в ранна детска възраст и качествено му осъществяване, е необходимо да се търсят връзки в две посоки: семейна ситуация, среда, история (родов опит) *или* връзка специалисти-родители и връзка с други науки, *или* връзка специалисти-специалисти (с отношение към възпитанието в ранна детска възраст и професионалния поглед към детето и нарушението).

Дефинирането на разглежданите в първа точка на дисертационния труд понятия е на база педагогическа теория, опит и познание, но в контекста на следващите точки те са „вплетени“ в колаборация с психоаналитичните схващания за семейството, които предполагат и изискват познаване на родовото не-съзнавано (като източник на отглеждане, възпитание, семейни връзки и поведение на детето). Тази колаборация предполага допълване между две науки, с първостепенна важност за подкрепа на семейството.

---

<sup>13</sup> Разгледано е във Втора глава на дисертационния труд.

## 2. Предизвикателства пред отглеждането и възпитанието на дете с нарушение в развитието в ранното детство (в психоаналитична перспектива)

Следващите редове представят реалните предпоставки (в отглеждането и възпитанието) за появата на нарушение. Ранното детство се разглежда като интензивен период, в който ситуацията бързо се развиват, решенията са от особено значение, както и усета при тяхното вземане. Родителите са изправени пред избори, които всъщност се правят не еднолично, а в споделеност – с потребностите и нуждите на детето, което знае най-добре. Детето с нарушение има потребност да бъде разбрано и неговият апел е отправен чрез възможностите, които ранното детство му предоставя (движението, речта и общуването, самостоятелността, храненето, играта и социализацията). Това изисква гъвкавост от родителите и професионализъм от специалистите.

### 2.1. Психо-физиологични характеристики на ранното детство – предпоставки за нарушение

Периодът до 5 години е изпълнен с динамични процеси и промени. Динамични, поради бързите темпове на развитие на детето, което от бебе се превръща в самостоятелно, ходещо, говорещо дете. Физическото и психично развитие са взаимосвързани, но освен това, психичното развитие в тази възраст се характеризира още с (Татъзов, Т., Витанова, Н., 2004): интензивност на процесите, доминираща роля на възприятната сфера, силна интеграция и слаба диференциация на психичните процеси, изразена емоционалност и действеност, подражателност и искреност, богато въображение, синкретизъм на мисленето, пластичност на психиката. Клиничният поглед върху нарушенията изисква поведението на детето да бъде разбрано, в контекста на това динамично развитие. Сама по себе си думата „разбиране“ носи значение на „*проумявам смисъл, значение; притежавам познания; осмислям поведението на някого; спогаждам се с някого*“ (Български тълковен речник, 2018, с. 803). В днешно време съществуват множество теории за разбирането на детето, но често се пропуска нещо съществено – всяко дете е индивидуално и като такава изисква от хората около себе си да търсят индивидуален подход към него. Когато това се случва трудно или не се случва, нарушението се появява. В обзоре преглед, базиран на публикации в PubMed и Web of Science, както и на клиничния и научен опит на авторите на изследването, се установява, че около 17% от всички деца страдат от психично разстройство в ранното детство (Klitzing, K. et al., 2015). При деца до 2-годишна възраст, нарушения на емоционалната и моторна регулация са чести (около 7%), както и проблеми с храненето (25%), които продължават да съществуват и в зряла възраст при 2% от децата. Разстройството на привързаност има разпространение от около 1%. Обучението на родителите и психотерапията родител-дете са установени като ефективни практики. Основен извод, който авторите правят, е, че определени проявления и нарушения може да се разглеждат само в контекста на междуличностните отношения и био-психо-социалното равновесие на отношенията в семейството. И още, колкото по-малко е детето, толкова по-голяма е степента на тази зависимост. Това дава ценни насоки в изследователски план и отчасти отговаря на въпроса „*Как определени симптоми водят до нарушения, които в последствие могат да се диагностицират и като разстройства на развитието и каква е връзката им със семейството?*“.



### *Бременност и първи връзки*

Периодът на бременност често е подценяван, но връщането към него е задължително, защото това са първите месеци, в които се развиват отношения, обменят се емоции, преживявания, реч – детето е част от всичко, което се случва на майката, от нейните мисли и усещания. За него това може да е източник на нарушение, в случаите, в които връзката с майката е била нарушена, преживяла е силен стрес, мислела е за детето по определен начин<sup>14</sup>, появила се е силна тревога или желанието за бебе е било поставено под въпрос („стана случайно, но го искахме“, „не искахме, не бяхме готови, но се случи“, „дълго го чакахме, но си го представяхме по друг начин“ и др.). Образът, представите, се сблъскват с реалността след раждането. Майчиното тяло създава първоначалната среда<sup>15</sup> (тяло и език), отговорна за развитието на бебето след това.

### *Предизвикателствата на първата година*

Предизвикателствата пред родителите и детето, в първите месеци, са многобройни. Дори майката да присъства физически, това не е гаранция, че тя е „присъстваща“, т.е. отговаря на нуждите на детето и може да изгради връзка на сигурна привързаност. В този етап се залагат моделите на общуване, на отглеждане, възпитание и стратегиите за справяне. Липсата на качествено общуване с родителите е сериозна предпоставка за нарушение, но с подкрепа „диалогът“ може да бъде възстановен. Сензитивността на родителите често е показател, че нещо действително не е наред, а това позволява много рано да се предприемат нужните действия, за да се върнат нещата в правилната посока. Трудностите, които родителите срещат, може да са сигнал за случващото се, но може да са и продължение на една история, която не касае бебето, но е достигнала до него и определя връзките с родителите му занапред. Това е ключовият момент, в който откриването и изследването на тези връзки може да повлияе благоприятно върху отношенията в семейството, да снее напрежението, да помогне на родителите отново да „видят“ бебето си, отвъд собствените си психични преживявания и страхове. В този ранен период, нарушението може да се открие в привързаността, храненето, двигателните умения, контакта и общуването, напредъка в развитието (физически и психичен).

### *Двегодишната възраст*

Двегодишната възраст предполага подпомагане на детето, в сложния процес на порастване и излизане от бебешката възраст. Нарушенията в тази възраст са свързани с постигането и желанието за самостоятелност (напредва ли или предпочита да си остане по-малко), с „травмата“ от първите раздели (при тръгване на ясла или оставане с детегледачка), с погледа на родителите – визията им за детето, способността им да откликват, не на последно място – с проговарянето и речта (липсата на която е пряко проявление на процеси, които не са се случили в обмяна между детето и средата му, но които най-често се забелязват в следващия период).

---

<sup>14</sup> Бременността активира различни процеси у жената, които влияят на нагласата ѝ. Някои жени приемат бременността за нормално състояние, спокойни са, а за други това е стресов период, изпълнен с напрежение и очакване.

<sup>15</sup> Многобройни са примерите за забавено развитие на деца от Домове за деца, лишени от родителска грижа, при които се отразява не само липсата на майката/привилегирован възрастен, но и влиянието на средата и липсата на стимулация.

### *Срещата с Едип и предизвикателствата на общуването (3-5 г.)*

В Едиповия период<sup>16</sup> (3-5 години) бунтът от двегодишната възраст е стихнал, детето поставя въпроси за пола си, интересува се от собственото си тяло, „бори“ се с родителя от същия пол за спечелване любовта на родителя от противоположния. Трудностите тук понякога срещат родителите с гняв, регрес, отказ от речта, затруднения в общуването и ги поставят в различни ситуации, които изпитват родителския им потенциал. Този период бележи автономията на детето и желанието му за самостоятелност, което се свързва все повече с изрази от типа „аз мога/аз сам“, изискващи подкрепа под формата на съпровождане. Освен с развитието на речта, общуването, интериоризирането на правилата, възрастта до 5 г. съвпада и с научаването на тоалетните навици, много важен и често напрегнат за родителите момент. В желанието си детето да е чисто, родителите често преминават към тази стъпка, преди детето да е готово, а неговата готовност се определя както от връзките с околните, така и от неврологичното му развитие, отговорно за задържането на сфинктера. Способността на детето да се контролира е пряко свързана с познанието и усещането за собственото тяло. Ако детето няма все още тази способност, то рискът този процес да се проточи и да бъде съпътстван от енкопреза, енуреза е голям, които понякога се тълкуват в контекста на някакво нарушение.

Този период, разглеждан не сам по себе си, а като естествено продължение на симптомите от предходните два (които често не са забелязвани до срещата със специалист), понякога „сблъсква“ родителите с две състояния, които се откриват във връзка с отказ от речта и затруднения в общуването:

#### 1. „Аутистично дете“

Най-общо, аутизмът се свързва с проблеми в социалните интеракции, общуването и поведението<sup>17</sup>. Аутизмът се характеризира с: нарушение на комуникацията и социалната интеракция и повтаряеми, стереотипни поведенчески модели, интереси и дейности. Установено е, че около 50% от хората с аутизъм не развиват функционална реч<sup>18</sup>. Причината или комбинацията от причини все още не е напълно разбрана, но сътрудничеството между специалисти от различни полета работи все по-усилено в тази посока. В психоаналитичната практика се разглежда като нарушение на връзката майка-бебе (без да се отричат епигенетичните и неврофизиологичните фактори)<sup>19</sup>.

Теориите за аутизма са претърпели редица промени, откакто са били дефинирани от Канер като афективно разстройство, причинено от недостатъчно родителско взаимодействие. Ф. Долто (по Hall, G., Hivernel, F., Morgan, S., 2009) казва, че е следствие на много ранно разкъсване на връзката майка-дете (преди или след раждането), за което

---

<sup>16</sup> Според Фройд апогеят му е между 3-5 година, а периодът на затишие настъпва към 6-та година и се задържа чак до пубертета. Самият израз „едипов комплекс“ се появява в трудовете на Фройд през 1910 г. и за психоаналитиците е една от най-важните отправни точки в психопатологията (Лапланш, Ж., Понталис, Ж.-Б., 2014, с. 104-107).

<sup>17</sup> За пръв път терминът „аутизъм“ е въведен от Е. Блойлер, 1911 г., но с годините теориите за аутизма търпят множество ревизии (по Богданова, М., 2017). Големи заслуги се приписват на Л. Канер и Г. Аспергер, които описват случаи на деца, срещащи проблеми в общуването. В България, статистика се води от 2014 г., като около 100 деца годишно са диагностицирани със заболяването (Новинарска емисия на Би Ти Ви).

<sup>18</sup> Teaching students with autism (2000).

<sup>19</sup> Френската медицинска общност има собствена класификация на психичните заболявания и повечето педиатри насочват децата към сектор с психоаналитичен подход в специализираните грижи. Виж повече във: Fanello, S. et. al., (2007).

не се говори и което оставя детето да разчита единствено на своето собствено тяло. Такива деца стават много привързани към своите майки, остават в едно постоянно състояние на желание за слягост, което се предотвратява чрез мимикрия (имитиране).

Не всички деца, обаче, които отказват да се включат в езика и да използват речта, или които проявяват симптоми, характерни за генерализираните разстройства, могат и трябва да бъдат диагностицирани, без да се изследва генезиса и развитието на симптомите, сред които най-често се откроява липсата на реч.

Езикът и речта са пряко свързани. Детето бива въведено в езика още по време на бременността от своите родители. А появата и развитието на речта е пряко свързано с мястото на детето в езика. Жак Лакан (по Богданова, М., 2010, с. 168) излага една основна хипотеза, свързана с въвеждането на субекта в езика – за да свърже потребностите и езиковите средства („Гладен ли си?“ – „Гладен съм.“), то трябва първо да е чул от другия „Гладен ли си?“, в отговор на жест, вик, плач, мляскане с устни. Думите носят сами по себе си смисъл, насочен към определено нещо или някого. В процеса на общуване, те служат на детето да покаже, че е личност, да се заяви, да разграничи собствените от желанията на другия. Освен това, те имат много важната функция да въвеждат детето (бебето) в света на възрастния и да придружават всяко едно събитие и преживяване, да се назовават (независимо дали става дума за хранене, преобуване, игри). Езикът и общуването са взаимозависими и връзката между тях нараства с времето. Колкото повече детето развива способността си да използва думите, толкова повече се увеличават формите на комуникация и субектите, с които се осъществява. Децата не просто навлизат в общуването, те преминават през период на развитие на думите от сигнали и символи, които са им познати. Първичните думи и жестове, използвани за общуване, са насочващи, свързани с конкретни предмети или цели – искане, получаване, споделяне на внимание. Детето първоначално използва думи, които свързва с вече усвоени действия, след което се насочва към по-сложни, извън контекста на рутината. Степента, до която децата използват символичните жестове, с които общуват, се определя според личността, вербална и жестова способност, степен на използване на езика на знаците. Когато използването на думите се увеличи, влиянието на жестовете отслабва. Децата откриват, че не е необходимо да посочваш, за да помолиш за нещо, защото името на обекта само по себе си го прави. При деца със съмнение за аутизъм, езиковият стил много често липсва. Те се съсредоточават върху използването на жестове и звуци или остават на нивото на т.нар. първично развити думи. L. Eliot разглежда развитието на езика и пластичността на детския мозък, твърдейки, че независимо от състоянието на бебето (пол, раса, етнос, култура, географско положение), то е програмирано да учи език, започвайки от звукове, последвани от думи и изрази (Богданова, М., Букурова, М., 2014) . Синапсите се увеличават след раждането и ако няма увреждане в лявата темпорална област (отговорна за говора), няма невро-физиологична причина детето да не говори. *Защо тогава някои деца отказват да влязат в речта и езика<sup>20</sup> и това непременно аутизъм ли е?*

И отговорът е „не“, но тук категоричността е необходима само по отношение на изследването на детето, връщане към миналите периоди, към развитието на общуването от бебе, свързано с погледа, храненето, емоционалния обмен и др<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Под „език“ се има предвид всичко, което „говори“. Вж. Долто, Ф. (2006).

<sup>21</sup> В статията „Работа с бебета в риск от аутизъм“, Мари-Кристин Лазник<sup>21</sup> (по Богданова, М., Лазник, М., 2018) включва клинични примери от своята практика, в които се търси връзката, но не се мисли за диагнозата.

В последната година, общо 35 процента от децата в България, са диагностицирани погрешно като аутисти или с дислексия, което поставя въпроса за професионализма и доколко симптомите на аутизъм са действително аутизъм и какво трябва да се случи, преди да се постави диагнозата (по Лазарова, Р., 2020). Много е важно да се отбележи, че последните години, поради засиленото електронно развитие на нашето общество, често симптомите на ранен детски аутизъм приличат или се припокриват с тези, които се появяват следствие от продължително седене и използване на електронни устройства. Изследване, направено в Детски център за ранна интервенция Русе, върху влиянието на виртуалната реалност върху психичното развитие на детето от 0 до 3 г., установява, чрез прилагането на 3 въпросника, че гледането на телевизия и използването на електронни устройства причинява липса на живо общуване (Банова, В., Тончева, В., 2020). На пръв поглед симптомите, признаците изглеждат еднакви, но историята на детето, работата с него и родителите показва разликите. В момент, в който лекар или възпитател забележи симптоми на аутистично поведение, много често се заговаря за аутизъм, но само опитен специалист може да прецени и то не без работа с родителите. Това подсказва, че превенцията, навременната интервенция и подкрепата на семейства, които срещат трудности в общуването с бебето/детето, са от първостепенно значение. Не бива да се забравя или подценява неврологичния аспект, но когато липсват неврологични показатели, следва специалистът да търси връзка между поведението на детето и трудността да се общува с него.

## 2. Ранна детска психоза

В Грузия, около 70% от децата, считани от невролозите за аутистични, страдат от детска психоза (Маминашвили, Г., 2013). За България, такава статистика липсва, защото психозата трудно се разпознава и разграничава. Обичайно, за психоза се мисли в късна зрялост, а отнесена към ранна детска възраст, се говори за симптоми на ранна детска психоза, обичайно във възрастта около 5-годишна възраст.

Психотични характеристики се срещат в широк спектър от психологически разстройства в детството - при детската шизофрения, при шизотипно разстройство и дори при някои афективни разстройства. Има и случаи, когато травматичен инцидент в детска възраст води до преходна реактивна психоза. Когато се използва терминът „психотичен“, психоаналитичните лекари най-често имат предвид модел на поведение, характеризиращ се с тежко увреждане на представата за реалност и обръщат все по-голямо внимание на психотичните симптоми и нарастващото влияние на техните теории върху общата детска психиатрична общност става забележително в тази област. Работата с деца, показващи клинични признаци на психоза, започва през 1929 г., водена от Мелани Клайн. Чрез въвеждане на деца, с остра симптоматика, в аналитична работна обстановка, тя открива тежки психични „дефекти“, досега скрити от вниманието на възрастните. Тези „дефекти“ са свързани основно със способността на децата да играят и с нарушена връзка с реалността. Заключение е, че шизофренията в детска възраст е по-често срещано заболяване, отколкото е било мислено. В допълнение, понятието за инфантилна психоза е разработено, за да се обясни параноичният субстрат, който стои в основата на това, което се появява при много деца като тежки невротични форми на симптоми (Lubbe, T., 2000).

---

По този начин се дава шанс на детето и родителите му, търси се ресурса, а не бързата диагноза. И, задължително, търсенето е в контекста на семейната динамика.

Франсоаз Долто (Hall, G., Hivernel, F., Morgan, S., 2009) има особен принос в изследването на произхода на детската психоза. Първоначално, тя се фокусира върху разстроената връзка между майката и детето. Впоследствие обръща внимание на семейната динамика и мястото на детето в семейното несъзнавано. Фокусът на анализата пада върху това, което е неразбрано и/или неизговорено, премълчано в семейството. Нейната теоретична оригиналност поставя ударение върху регреса на архаичния образ на тялото. Тя вярва, че уязвимите към психоза деца са сред най-чувствителните в обществото; бебета, на които не е „отговорено“ по някакъв начин – което ги е накарало да се обърнат към себе си и да се затворят. В този смисъл, произхода на психозата е комплексен. Тя описва психози, следствие на травми в семейството отпреди поколения, чувства на отчаяние и омраза, майчина депресия след раждането, неразбиране и тайни, за които никога не е било говорено. Детската психоза (в това число и психогенния аутизъм) е отговор на усещане за травматична, преждевременна раздяла или за реална такава, или на събитие, преживяно като травматично.

Освен Долто, друг световноизвестен психоаналитик, М. Манони (1987), развива теорията, на база практиката си с психотични деца, често определяни като „невъзможни, нищо няма да стане от него“, „държи се като дебил“. Тя счита, че в случаи на психоза тревогата на родителите е постоянна и съпровожда всяко подобрене и влошаване на детето. Майката, която не може да се справи с дете в едиповия период, го среща с разрушителната строгост на собствената си майка. Според теориите на Клайн, всеки човек преминава като дете през периоди на психоза и истинската роля на майката е да свърже фантазмите на детето с реалността, с помощта на смисления езиков изказ и спокойно поведение. Още от раждането си, бебето познава една силна форма на тревога, заради раздялата с майката. То остава чувствително към преживените раздели. В по-голяма възраст, предходните изпитания (отбиване, и т.н.) се изживяват отново и отново, процес който го кара да преодолее примитивния си страх от смъртта. Неуспехът на това ниво води до развитието на различни психози. Развитието на психозата при детето зависи от начина, по който му е било отказано да влезе в разговор между трима от единия или другия родител. Това го обрича на липса на идентичност и непрестанно търсене на диалог, който става все по-труден за възрастните.

*В този период, родителите често се успокояват, че детето ходи, говори, макар и да е останало нещо, за което се счита, че ще се промени с възрастта – напр., детето използва определен набор от думи, за всяка дейност изисква помощ от единия родител, храни се с определени храни, общува избирателно, продължава да се напишква при определени обстоятелства. Това, което се счита за „нормално“ от родителите, всъщност може да е симптомът, от който детето не е готово да се откаже, за да продължи напред. Появата или липса на реч, в съвременното общество, се е превърнало във важен показател за норма или патология при всички деца.*

*Всеки етап, всяка година, има предпоставки за нарушение. Всеки симптом е знак за нещо. Много често работата с детето всъщност е работа с родителите, защото изясняването на етиологията на възникване на симптомите е първа крачка към разбиране на проблема. Симптомите при детето може да наподобяват тези, които се срещат при определено нарушение, но да нямат общо с него. Връзката причина-следствие не върши работа, защото причините са предмет на пространно изследване (с родителите), а не на бърза диагностика, като семейната динамика е основният ориентир за случващото се.*

## 2.2. Образ на семейството на детето с нарушение в развитието (до 5 г.)

Желанието за дете винаги провокира въпроси около бременността, раждането, отглеждането. Искането и превръщането му в реалност понякога поставят родителите пред въпроса „Наистина ли го искаме?“ и „Всичко наред ли ще бъде?“. Предизвикателствата на родителството могат да се търсят във всеки аспект от развитието на семейната единица, но най-важен акцент следва да се постави върху образите, или още могат да се нарекат първо-образите (за детето), тези на майката и бащата, които създават семейната динамика. Когато детето има проблеми, семейната динамика е диктувана от някои основни предизвикателства, изведени по-долу в текста.

### *Образът на Жената-Майка в отглеждането и възпитанието на дете с нарушение в развитието – женска психология и култура на майчинството*

В различни периоди от човешката еволюция, на жената и майката е давано различно място и статут – от тази, която дори бременна, трябва да работи наравно с останалите, до тази, която не бива да работи, за да не се натовари. Но каквато и роля да ѝ бъде отредена, крайната позиция и усещане остават на жената, която е решила да стане майка, а на майчиният образ винаги е било отделяно специално място<sup>22</sup>. *Къде, обаче, започва образът на жената и този на майка, преплитат ли се, сливат ли се? Каква е връзката с нарушението?*

В българската традиция могат да се открият различни примери за присъствието на жената в почти всички ритуали, съпътстващи появата на нов човешки живот. Жената винаги е присъствала като тази, която дава, дарява, носи – силният образ, който крепи и сплотява. Следването на линията жена-майка-баба насища женския образ с отговорност за запазване на рода и отглеждането на здрави деца, а така също дава статут на „тази, която знае най-добре“, което създава усещане за всемогъщ образ, със сила над живота на детето<sup>23</sup>. Когато детето е с нарушение, винаги на преден план излиза вината: „Аз ли съм виновна, аз ли го причиних?“.

Интересен е погледът на психоанализата, който може да се открие в теориите за майчинството. Въпреки някои различия в гледните точки на психоаналитици от различни епохи, те се обединяват около твърдението, че „майката е основата на човешкото състояние - основата на нашето съществуване – тя влияе върху начина, по който живеем живота си и се ориентираме културно, политически и в интимни взаимоотношения (Caviston, P., 2018). Майчиното въображение, психическите репрезентации на бебето, културните вярвания, мотивацията за раждане, очакванията, самочувствието, нейният собствен вътреутробен опит са елементи, които създават среда за бебето, също както хормоните, кръвта, храната и т.н. Всеки физиологичен процес се контролира от душевното и емоционално състояние. Комплекстът от множеството интеракции прави връзката между майката и бебето уникална и лична, но това, което трябва да се случва е нейното постоянно развитие, защото липсата на развитие води до липсата на развитие на детето и носи белезите на патологичното сливане на майката и бебето – „ние“ не може да бъде разделено. За майката, желанието за бебе е вид припомняне на нещо от нейното собствено детство, което е било изгубено – това бъдещо дете се гради върху спомена и когато това

---

<sup>22</sup> В Тайланд например, по време на бременността се изработва глинена статуя на майката и бебето, която след раждането се пуска по реката, за да освободи място за реалността (Sansone, A., 2018).

<sup>23</sup> В голяма част от българския фолклор това може да се открие – митът за Крали Марко, обредът на кръщението, питката за 40-я ден, мястото на майката при избора на снага, мястото на свежървата.

дете се появи, майката понася първото разочарование – отделяне, а не живот в единение (Манони, М., 2006).

Неизменно, идеите на Фройд са отправна точка в разбирането на майчинския родителски механизъм. Според него майката е първият любовен обект за детето и родителят, който има най-голяма отговорност за неговото развитие (по Богданова, М., 2017). В ранния период връзката е близка, но по време на едиповия конфликт и момчето, и момчето се отдалечават от нея. Периодите в отношенията между майката и детето могат да станат изходна точка за развитието на дадено нарушение (отказ от храна, сепарационен страх, аутизъм и др.). След Фройд, тези идеи биват развити от влиятелни психоаналитични школи, като например школата на обектните отношения на Мелани Клайн, според която майката е по-важна от бащата, тъй като е отговорна за изхранването и оцеляването на детето. Тези ранни моменти са жизнено важни за изграждането на вътрешния свят на детето и са предопределящи живота му като възрастен. За детето, майката е в ролята на „добрата“, „лошата“ гърда, с преживяванията около която, то трябва да се научи да се справя по определен начин. От друга страна, С. Moutsou (по Caviston, P., 2018), съвременен изследовател на психоаналитичната литература, отбелязва, че е важно значението, което се придава на майчиния образ и субективността на майката, която често се губи, ако тя бъде видяна единствено като гърда за детето.

В концептуално съгласие с М. Клайн, Уиникът (2008) въвежда понятието за „достатъчно добрата майка“, която описва като майката, която се адаптира към изискванията и потребностите на бебето, позволявайки му да се развива без тревожност и конфликти. Последните седмици от бременността и първите след раждането, той определя като „първична майчина загриженост“ – състояние на повишена чувствителност и адаптация към нуждите на бебето. Това временно състояние предоставя рамка, с ключово значение за здравето физическо и психично развитие на бебето, което постепенно се превръща в собственик на усещанията си. Успехът на майката в тази фаза води до изграждането на личност на бебето, а неуспехът унищожава тази личност. Ранната невъзможност на майката да се адаптира в първите фази, я изправя пред предизвикателството да се адаптира на по-късен етап, когато нуждите на детето са повече. „Наваксването“ не винаги предполага добра развръзка. За това явление говори и Kanner (1943), който описва типа майка, която е склонна да създаде „аутистично дете“. Майчините неуспехи са определящи за конструирането на Аз-а и се преживяват като заплаха за съществуването. Майчината загриженост е пряко свързана с функцията на удържането<sup>24</sup> и зависимостта на бебето във фазата на удържане се класифицира в три стадия: абсолютна зависимост (бебето не може да поеме контрол, а е единствено в позиция да получи ползи или да започне да страда); относителна зависимост (детето прави връзка между майчината грижа и личните си импулси); към независимост (бебето се справя без грижите, а чрез спомени за грижите, интросекция на детайли от грижите, проекция на лични нужди).

Съвременните психоаналитици продължават да развиват заложените идеи. Проучването на Chodorow (Metzl, M., 2003) за фройдисткия модел на развитие на жените показва, че развитието на пола на едно момиче се определя от близостта с майка ѝ. Момчето е по-ценно от майката като обект и е източник на собственото си Едипово удовлетворение, но въпреки това има нужда и възможност да се отдели от нея. Идентификацията на момчетата с майката трябва да бъде диференцирана в различни

---

<sup>24</sup> В смисъла, който Д. Уиникът (2008) му придава.

аспекти на развитието на жените, сексуалното развитие, ухажването, хетеросексуалните отношения и евентуално майчинството. Решението на Едиповата проблематика на момичето е свързано с нейната първична идентификация с майката, осъзната през целия живот. Какво се случва, когато момичето не стане идентично с майка си? Какво ще стане, когато момичето отхвърли черти на майка си? Когато момичето има образа на майка си, кои характеристики на този образ приема тя, приема ли ги и защо? Каква връзка имат тези проблеми с истинската майка от детството? Не всички жени съзнателно или несъзнателно желаят да бъдат майки.

*Следва да се акцентира върху значението на образа, който жената има за себе си като майка и реалното му проявление в грижата за детето и в отношенията с таткото. Появата на нарушение може да активира майчините преживявания (на несъзнавано ниво) и със сигурност засяга майката в нарцистичен план - това се проявява под формата на възвишена любов, безразличие, отхвърляне, бягство, агорафобия и др. Майката изгражда един собствен свят, съвместно с детето, от който се опитва да изключи лошите мисли (понякога дори за убийство и самоубийство), които се счита, че не са присъщи на нито една майка, но те несъзнавано присъстват (Манони, М., 2006). Тук е важно да се отбележи включването на бащата.*

*Значението на Мъжкия-Бащин образ в отглеждането и възпитанието на дете с нарушение в развитието*

Мястото и ролята на бащата в едно семейство винаги са много изменчиви. Семейството е единица, която изисква силно присъствие на всеки негов член и това поставя бащата в ролята на авторитет, който има своите задължения и отговорности, но в някои случаи може да влиза в неочаквани роли, които обществото обикновено приписва на майката.

До 80-те години на миналия век не се отчита разлика между биологическата и социална същност на бащинството – във Франция, след 1972 г., се разграничава легитимност и биологическо бащинство, което отваря врати за изследването му като процес, социална роля, връзки (Мерджанова, М., 2018). Значението на този период се отдава предимно на връзката с майката, но присъствието на бащата е не по-малко важно, защото той дава сигурността, от която майката се нуждае, за да продължи да развива отношенията с бебето. От родителската динамика зависи как той ще бъде включен в дуалистичната връзка и как ще съумее да поеме бащината функция, за която говори Жак Лакан (2011) в своите лекции за Имената-на-Бащата, отчитайки, че има толкова на брой „имена” на бащата, колкото се нуждае субектът, за да бъде държан в едно светът му. За да се даде по-ясно уточнение, трябва да се посочи, че не физическото присъствие на мъжа го прави баща, а мястото, което заема в семейството. Бащата придобива все по-голяма роля в отглеждането и възпитанието, защото втората и третата година задават коренна промяна в семейните връзки. Тази роля е свързана с присъствие, т.е. място и функции, с огромна важност за семейната динамика.

Даниел Роа (2001) посочва три основни начина за присъствие на бащата:

1. Който чрез името си дава статус и статут на детето в света (символичният) – разделя майката и детето.

2. Бащата, с когото сме във връзка – искаме да се идентифицираме, да сме във връзка, да приличаме на него (идеалният, въображаемият).



3. Реалният – този, който спира и ни препъва (историята на Едип) – може да отхвърли детето.

В исторически контекст, на бащата винаги е била давана ролята на този, който присъства и е необходим като гарант за устойчивост и сигурност, но това не винаги означава включване в семейната институция. Примери за мястото на мъжа могат да се открият в историята, художествените произведения, фолклора и обредните ритуали. В последните години все повече се заговаря за бащата като към незаменима част от семейството, който съ-преживява събитията не по-малко<sup>25</sup>. Както майката, бащата също преминава през депресия след раждането. За разлика от следродилната депресия при жената, при която понякога се налага болничен престой, при мъжете не се наблюдават толкова силни психически смущения. Някои фактори, които причиняват това състояние, са свързани с новороденото, бащиният нарцисизъм, трудности на майката и нейния психически статус в момента. Силният шок от *сблъсъка с нарушението*, може да усилва процесите, усещанията и бащата да предприеме крайни действия, породени от ситуацията – да изостави майката и детето например. При всички случаи, нарушението ще даде отражение върху бащинската активност и участие, връзката с детето и развитието на ситуацията.

Преди всичко, за бащата е трудно да приеме, че е създал дете с нарушение, поставяйки мъжествеността му под въпрос и понякога е в състояние да си вмени вина, която не е нито негова, нито на съпругата му. Абдикацията от семейството лишава детето от бащиния образ, от третия, от Закона в семейството и от образа за идентификация (при момчето). Губи се посланието на бащата и детето занаяпред ще създава тази дуална връзка, която остава да се развива в неговото семейство, като се подчинява на желанията на другите, без да е познало своето собствено. Намесата на бащата може още в ранна възраст да предотврати превръщането на детето в обект на грижи. Чрез своята функция той служи не само на детето, но и на майката – създава и налага правила, грижи се за сигурността и уюта в семейството. Необходимо е да запази ролята, която до този момент е имал, без да се страхува да продължи. Като съпруг и баща, той има задължения, които трябва да изпълнява, независимо от нарушението, което се е появило. Това дете, на което е отредено да живее извън всеобщите разбирания (на обществото, за нормата), е нужен именно баща, който да налага правила и структура. Ако приеме, че не трябва да се отнася с дъщеря си/синът си както към другите деца (в семейството), защото са прекалено специални, то тогава рискува да забави развитието му и да влезе в ситуация, в която е пряко подчинен на нарушението, а не на възможността/ресурсите, лишавайки детето от това да намери своето място посредством „разрешено-забранено“ (отнесено с особена сила към Едиповата проблематика). Бащата трябва да съхрани себе си и като мъж, и като съпруг, за да продължи семейството нормалното си функциониране и да се съхрани във времето.

Въпросът за бащата е широко разработен и разгледан в учението на Жак Лакан<sup>26</sup> (2011) и е важно да се разбере, че когато нарушението се появи, то бащината функция може да изчезне, но липсата на Закон (бащина функция) води до липсата на забрана на

---

<sup>25</sup> Има се предвид Конференцията „Бащите говорят!“, организирана 2019 г., от Фондация „Асоциация Анимус“, реализирана като част от Националната кампания „Да бъдеш баща“ (<https://animusassociation.org/bashtite-govoriat/>).

<sup>26</sup> Въпросът за Имената-на-Бащата, в учението на Жак Лакан, най-общо може да се представи като: „Името на бащата е бащата такъв, какъвто субектът може да го използва в ситуации, където липсват предварително установени правила, които да ни насочат как да действваме и какво да направим“ (Банова, В., 2016).

желанията на детето, които майката се опитва да удовлетвори. А при някои случаи, самата липса на бащата води до липса на бащината метафора, което логически води до нарушение<sup>27</sup> в развитието на детето, защото не могат да се организират основите на субекта и да се създаде/разбере социалната връзка.

Бащата е призоваван от детето с всички възможни „имена“ – да бъде обичан, мразен, ненавиждан, не/справедлив, страшен, обгрижващ и т.н. Бащата има толкова имена, колкото са необходими на детето, за да се позове на тях във възникнали ситуации. Бащата, обаче, е и разделящ – този „натрапник“ от първите години, когато детето и майката рискуват симбиозата между тях да се съхрани в годините. И тук именно се позоваваме на думите на J. Miller (2004), който, в своята статия „Pieces detaches“, посочва, че симптомът на всеки се появява там, където бащата се проваля.

*Как един баща, на дете с нарушение, понася ситуацията? Рискът да не бъде въведен, да липсва, е голям. В хода на педагогическото консултиране той може да бъде приобщен, като му се придаде нужния статут. И е необходимо това да се случи, защото присъствието му ще бъде в подкрепа не само на детето, а на цялото семейство.*

### 2.3. Не-семейната среда в подкрепа на семейството

Предпоставките за нарушение са много и понякога стечението на обстоятелствата и факторите обуславят неговата поява, но търсенето на причините е начин да се ограничи влиянието му и да се подкрепи, овласти семейството и/или специалиста/ите, които работят с детето. Затова е важна системата, която поема заявката на родителите. Тя трябва да е достатъчно структурирана, единна и ефективна, за да удържи техните съпротиви, усещания, преживявания и въпреки тях да направи така, че семейството да работи и да се променя.

До 5-годишна възраст детето вече не само е представено, но и е влязло в общество. Това най-често се случва с помощта на специализирани места, които посещава, най-масовите сред които *детската ясла и детската градина. Каква всъщност е ролята на тези институции и как те се намесват и взаимодействат със семейството? В настоящия труд им е отделено специално място, защото понякога това са местата, в които се забелязва, че има проблем или се осигурява на детето една достатъчно добра среда, извън семейната, в която може да отработи въпросите си и симптомите да отпаднат. Това обаче, може и да е мястото, което да допринесе семейната патология да се задълбочи.*

Моделът на работа в детските ясли (донякъде и в детските градини) следва все още медицинския такъв, който залага на запазване и гарантиране здравето на детето. Последните години, детските градини все повече се „отварят“ и постепенно навлиза и грижата за цялостното развитие на детето, постигано чрез налагането на определени стандарти и постижения. В българската система, за разлика от френската например, процесите все още се случват бавно, което е и една от причините родителите да търсят частни места, в които грижата да бъде по-адекватна. В началото на създаването на детски ясли и градини във Франция, смъртността била доста висока, което постепенно наложило и прекалената грижа за здравето и живота на детето (Креспен, К., 2018). До началото на ХХ век имало много малко такива заведения, но броят им значително нараства през 30-те години на века и така до 1945 година задачата на детските ясли се определя основно като санитарна – продължение на болниците (децата са подавани през гише, след което са

---

<sup>27</sup> Виж Трета глава на дисертационния труд – Описание на случаи.

обличани в специфично за мястото облекло, възприемани като храносмилателни системи, без емоции и чувства). Ситуацията се запазва до 60-те години, а на някои места и до днес. В България, първата детска градина е създадена през 1882 г., в Свищов, от Никола Живков<sup>28</sup>, който заедно със съпругата си бил възпитател. Поради липса на средства, след 7 месеца затваря врати. Но няколко години по-късно, през 1888/1889 г. към Софийска държавна девическа гимназия се открива първата държавна забавачница (Цонева, Н., 2012). Постепенно се разкриват още такива заведения и се налага нуждата от предучилищно възпитание.

*Ако високата детска смъртност е била определяща за ситуацията в миналите години, то си заслужава да се запитаме какво в днешно време я прави сходна, по смисъла на отношението към детето и схващанията за неговото развитие? И дали, ситуацията и средата в детската ясла/градина помага детето да разреши вътрешните си конфликти (проявени в нарушение) или задълбочава ситуацията?*

Решителна роля за промяна на отношението към децата в детските заведения, има психоанализата (Креспен, К., 2018). От 1950 до около 1979 година, множество наблюдения и теории се развиват в полза на детето и съществуването на неговия психичен живот от най-ранната му възраст. Голям принос имат Мелани Клайн (която още през 20-те години говори за кърмачето като за надарено с емоции и чувства същество), Анна Фройд и Дороти Бърлингъм (наблюдавали вредите, нанесени на бебето от раздялата с майката, по време на войната), Рене Шпиц (който пръв установява, че инвестирането във връзката с детето по време на институционален престой е определяща за оцеляването и психичното здраве на детето)<sup>29</sup>. След 1970 г., основни заслуги се дължат на Д. Уиникът, Ф. Долто, а в областта на педиатрията на Бразелтон със скалата за компетенциите на новороденото.

Разделено от своите родители, малкото дете търси място, което да посрещне неговите въпроси и тревоги, в което „да живее“, а не просто да чака. Независимо от историческите, културни, обществени, политически и други промени, всички подобни места по света си приличат по въпросите, които имат децата и професионалистите, полагащи грижа за тях. Ясно очертано е мястото на детската ясла и градина - междинно поле (между семейството и детето), чиято роля е съществена в периода 0-5 години, по отношение както на отглеждането, но с не по-малка тежест и на възпитанието. Не рядко, учителите, възпитателите, са първите специалисти, които обръщат внимание на нещо необичайно в поведението на детето, а от друга страна родителите се допитват до тях, когато възпитанието вкъщи е трудно или просто изникват въпроси. Предизвикателствата, възникващи на институционално, системно ниво<sup>30</sup>, които може да са определящи за персонала в съответната структура и да възпрепятстват или съответно да подпомагат работата им, са по посока на:

---

<sup>28</sup> Неговата сестра Виктория Живкова – Благоева е с не по-малък принос, тъй като пропагандира Фрьобеловите възгледи за предучилищното възпитание, а така същи съзира нуждата от ръководство за работа в детските градини, каквото и написва, но за съжаление не излиза от печат. Тя има принос и в промяната на названието на „забавачниците“ в детски градини (Цонева, Н., 2012).

<sup>29</sup> Шпиц въвежда термина „анаклитична депресия“, отнесен към раздялата с майката между шести и осми месец. Ако раздялата продължи повече от пет месеца, без да има неин адекватен заместник, детето потъва в синдром с тежка прогноза, нарече от Шпиц „хоспитализъм“ (Креспен, К., 2018).

<sup>30</sup> Части от точките са разработени по труда на Г. Креспен „Думите на малките“, който излезе на български език през 2018 г. В него, авторът подробно описва своята 20-годишна работа с екипи от различни детски заведения в Париж и региона, основан на психоаналитичната парадигма за разбирането на бебето и малкото дете. Нейната практика се основава на наблюдения, срещи, обсъждане и общо сътрудничество. Поради някои фини аспекти на работата (описани в изведените точки), работата ѝ с част от екипите не се случва.

- работа без признание – статута на персонала е определящ за ролята, в която ще влезе специалиста; ако работата му се случва през собственото му нарцислично удовлетворение, той би бил в ситуация на съперничество с родителя или дори изземане на неговите функции; това не би могло да доведе до добър резултат, а напротив – включване на защитните механизми на родителите, провокиращи поведение на противопоставяне, агресия, спорове за „властта“ над детето;

- уважение и следване на детето - специалистът е този, който приема, съпровожда и след това се разделя с детето, което в някои ситуации се оказва трудно и за двете страни; тази ситуация е важна и заради следването на детето, т.е. признаването, че всяко дете има различни интереси и своя динамика на развитие, без да се абсолютизира детското развитие според наложени измерими скали (за което говори и М. Монтесори); не бива да се пренебрегва и преходният обект (по смисъла, вложен от Уиникът), който замества изгубения първоначален обект, удовлетворяващ желанието му;

- специалистът не е заместител на майката – трудността, особено в детската ясла, произтича от факта, че детето вероятно за пръв път се разделя от своята майка/родители и влиза в една различна от семейството общност; в този момент, то има нужда от възрастен, който да го съпроводи, но без да се опитва (дори несъзнавано) да замести майката, за да облекчи тревогата на детето<sup>31</sup>; в някои детски градини във Франция е въведен „референтът“ – фигура, която обгрижва по-специално детето по време на преобличане, къпане, хранене, установява отношение на доверие и е привилигиран събеседник на детето, семейството, екипа;

- „Защо съм на детска градина?“ – въпросът, който всички деца имат, но не винаги го задават гласно. Родителите и особено специалистите са призвани да им помогнат да открият отговора. За тази цел трябва да е ясно за какво служи градината. В своята книга „Малкото училище-голямото начало“, М. Сежер (2013, с. 54), дава много точна дефиниция: „детето не ходи на детска градина, за да се научи да чете, пише или смята, а за да се подготви постепенно за това...в детската градина детето се учи главно на живот в обществото“.

- връзката между специалистите – работата в екип винаги е предизвикателство и когато специалистите не са подготвени и не са наясно с ролите си, предизвикателствата стават още повече; специалистите от детските ясли и градини влизат в различни роли спрямо родителите, децата, останалия персонал на институцията и именно тук се крие опасността да забравят основното – говоренето за децата и общото сътрудничество; липсата на тази основа води до (условно) разделяне на децата на „твои“ и „мои“ (моя и твоя група), разделяне на родителите (с които може да се говори и с които е трудно и „не си заслужава“), превръщане на някои деца в „любимци“ и negliжиране на други, т.е. задействат се механизми, които освен, че пречат на развитието на системата и организационната култура, най-важно - затрудняват развитието на децата;

- връзката специалисти-родители – един изключително дискутиран и сложен процес, с много въпроси, но без верни и грешни отговори; този фин процес, основан на взаимно доверие и сътрудничество може да се превърне в кошмар за някоя от страните, особено ако има разминаване в начина, по който се гледа на детето; начинът, по който

---

<sup>31</sup> С облекчаването на тази тревога се рискува регрес и забавяне в поведението на детето. На детската площадка на детската ясла или градина почти винаги може да се забележи дете, което изглежда като „залепено“ за госпожата и което, при смяната на персонала, става крайно тревожно (отказва да играе, не съществуват интересни за него дейности).

родителите са инвестирали в своето дете е определящ за начина, по който ще чуят думите на специалиста и обратното; затова работата с деца (с нарушения) в градината изисква специфична подготовка и подход, през който това взаимодействие да се случва. В този пункт се изисква да се уточни и че понякога специалистите (в лицето на педагога, възпитателя, психолога в детската градина) е нужно да реализират педагогическо консултиране или както Х. Фигдор (2000) го нарича - възпитателна консултация<sup>32</sup>, но с точно дефиниране ролята на всеки участник, процеса и същността му. Последните години, екипите на детските градини в България включват повече специалисти, които активно работят с детето с нарушение и родителите му – ресурсен учител, логопед, психолог. *Дали това е достатъчно, за да се предотврати появата на нарушение при други деца? Хипотетично, отговорът е да – чрез превенция. Когато Анна Фройд и нейни колеги въвеждат идеята за обща превенция на неврозите, те си поставят глобална, трудно изпълнима за онова време задача. Но, в контекста на съвременната ситуация, това е една реализируема задача, успешното практическо изпълнение на която зависи от подготовката на екипа, единния подход за разбиране на детето, смисъла на думите, отправени към него, работата със симптома и с родителите. Детските ясли и градини остават едно от важните звена в опазване на детското здраве (физическо и психично), в които следва да се прилагат все повече програми за актуализиране на възпитателната дейност и подкрепа на специалистите в реализирането на комплексната грижа за децата и успешното им взаимодействие с родителите<sup>33</sup>.*

### ***В заключение***

Периодът до 5-годишна възраст е белязан от бурни промени в семейството и в развитието на детето. Трудностите, които бебето/детето среща, всъщност са трудности на родителите, в сложните процеси на отглеждане и възпитание, понякога водят до (психично) страдание, често етикетирано от гледна точка на медицинската/психиатричната практика, социалните, образователни и обществените изисквания и стандарти. Преди детето да получи диагноза и да попадне в категорията на „деца със СОП“, трябва да се запитаме дали именно не става дума за „маскирано“, неразпознато и неназовано страдание и на кого всъщност служи диагнозата? Не е ли тя начин да се уталожат тревогите на възрастните, които са около детето, но не е ли това и начин те да спрат да мислят по посока неговата уникалност? И, това ли е единственият начин, по който детето да продължи да съществува в средата (семейна, градина, училище, общество)? *С използването на термина „нарушение в развитието“ целта е да се излезе от стигмата и да се изведе друга гледна точка към детето, което с неговото страдание, да бъде поставено във фокуса, на него да се погледне като на субект, без да се мисли в контекста симптом-разстройство-диагноза-СОП. Това, от една страна, е насочено към родителите, които притежават способността да развият своята сензитивност и да се опитат да разберат детето, в контекста на общуването с него, а, от друга страна, на специалистите да не влизат в рамките, които реалността налага (и погледа, който трябва да е уникален към всяко дете). Синергичният ефект може да*

---

<sup>32</sup> Виж повече във Втора глава на дисертационния труд.

<sup>33</sup> Виж повече в: Татъзов, Т., Пръвчев, В., Гатев, В., Костов, В. (2009). *Педагогическо ръководство в помощ на детските ясли, обединените детски заведения и домовете за медико-социални грижи за деца*. София: Даниела Убенова. И още: Татъзов, Т. (1995). *Въздействие чрез взаимодействие. Програма за възпитателна работа с деца до 3-годишна възраст*. София: Даниела Убенова.

се представи с уравнението:  $1$  (дете) +  $1$  (семейство, специалисти) =  $3$  активизиране на ресурса и повишен ефект за всяка една включена система.

В контекста на изследователското търсене, става ясно, че такъв ефект може да се постигне само при срещата на теорията и практиката, пряко ангажирани с въпросите на възпитанието, семейството като институция и страданието на детето. Конкретно, това е срещата между педагогиката и психоанализата, диалогът между които цели постигането на този ефект. Пресечните точки между двете<sup>34</sup>, по отношение на детето с нарушение в развитието и неговото семейство, се откриват в системите на Фрьобел и Монтесори (от педагогическа гледна точка) и психоаналитичния поглед на Ф.Долто, А. Фройд и Х.Фигдор. С оглед целите на дисертационния труд, се извеждат основните теоретико-практически аспекта, послужили за избор на опорни точки на модела на консултиране, изведен във втора глава на дисертационния труд:

- *Приносът на педагогиката*<sup>35</sup>:
  - признаване, че детето е личност, която трябва да се уважава и зачита;
  - специфичната роля на семейството и семейната среда (майката и бащата) при отглеждането и възпитанието на детето;
  - специфичната роля на предучилищното възпитание и средата, в която детето се учи да бъде автономно;
  - специфичната роля на специалистите, които „следват“ детето;
  - същността на предучилищното възпитание, с отчитане на интересите, потребностите на детето.
- *Приносът на психоанализата*:
  - отчитане на историята на детето, в рамките на семейната/родова история;
  - извеждане на тезата, че „всичко е език“;
  - отглеждането и възпитанието като продължение на заложи в несъзнаваното въпроси, модели, връзки;
    - работата с родителите като неизменна част от „лекуването“ на детето;
    - зачитането и разбирането на симптомите като път към разбирането на детето;
    - днес – психоанализата изпълнява и своята социална функция – ако преди е била свързвана с работата на психоаналитика в кабинет, то сега сме свидетели на навлизането ѝ в болници, центрове, детски заведения и др.

Срещата между педагогическите и психоаналитични схващания прави възможно да се разберат трудностите в едно семейство, без те да се абсолютизират или категоризират. Това води до сътрудничество на различни нива: семейство-специалисти и специалисти-специалисти, които изграждат системата на работа със семейството и биха могли да повишат ефекта от тази работа, ако следват единен подход, приложен в тази система на сътрудничество. Всеки един от тези специалисти е потенциално в позицията на педагогически консултант (по въпросите на отглеждането и възпитанието), без обаче винаги да е наясно, първо, с тази си позиция, второ, с нейните специфики, трето, с отговорността, която носи. В България, след 2000 година, когато се приема Закон за закрила на детето, се въвеждат социални политики и реформи, които са насочени към грижата за децата, но на ниво специалисти не е ясен механизъм на грижа и приложение.

---

<sup>34</sup> Тук, освен световноизвестните имена, принос имат, в български контекст, Я. Мерджанова (развитие на синергетическата педагогика) и М. Богданова (връзка между педагогика и психоанализа).

<sup>35</sup> Тъй като теориите и системите бяха разгледани по-подробно в предходните точки, тук само ще бъдат маркирани основните аспекти от тях, послужили за изследователските цели на дисертационния труд.

## **ВТОРА ГЛАВА. Същност на педагогическото консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5 години**

### **1. Педагогическото консултиране като процес (в психоаналитична перспектива)**

Изследвайки същността на педагогическото консултиране през психоаналитична перспектива е важно, още в началото, да се изведат някои основни за консултативния процес понятия (Лапланш, Ж., Понталис, Ж.-Б., 2014):

- пренос – наричан още трансфер, се дефинира като чувства, емоции, отношения, които консултираният отнася към личността на консултанта, в процеса на консултиране;
- контрапренос – усещания, чувства, емоции, които консултантът има към консултирания, в процеса на консултиране;
- съпротива – съвкупността от „пречки/бариири“, които има консултираният спрямо процеса на консултиране (могат да се проявят в отказ да говори, гняв, „забравяне“ на точния ден и час на консултацията, избягване на проблемна област и др.). Съпротивите се срещат често, когато консултираните лица са насочени към консултиране, по обективни, наложителни причини, без тяхното доброволно съгласие, което значително може да затрудни процеса (особено в социалната работа). И още, когато се засягат теми, свързани с вина, тревога.

Разглеждайки педагогическото консултиране в контекста на работата с деца до 5-годишна възраст, този процес придобива специфично измерение и форма. Основно, източниците за консултация са два:

- трудности вкъщи – несъответствие в представата за въобразяемото и реалното дете, неприемане на симптомите, отричане, притеснение, че нещо не е наред – най-често провокирано от усещането, че нещо с детето не е наред, че нещата не се случват така, както се очаква; това се забелязва при хранене, сън, общуване, игра, тоалетни навици;
- трудности в детска ясла, градина – игра с връстници, особености на поведението в група, реч и общуване; в тези ситуации, обичайно специалистът (педагог, възпитател, психолог) насочва родителите към консултация.

Консултирането се реализира между субект-субект, т.е. консултантът не е водещ в процеса и неговата цел не е да дава съвети и напътствия, а да разбира и подкрепя родителите, в хода на тяхното търсене на отговори, свързани с родителския им стил и личните им въпроси, роли и отношения. Това е определящо за *етапите* на педагогическо консултиране, които включват (Фигдор, Г., 2000):

**1.** Изясняване и разясняване на основния проблем, което цели да направи родителите вътрешно свободни, за да успеят да променят своите възпитателни позиции. Необходимо е родителите да излязат от позициите си, за да осъзнаят онези вътрешни пориви, които водят до погрешни възпитателни действия – погрешни, в смисъла на такива, които пречат на благополучното развитие на детето. Това е мястото за въпросите на родителите, техните страхове, несъзнавани конфликти, които стоят в основата на възпитателния модел, който са възприели и прилагат. В този начален етап първичното диагностично интервю има съществена функция, по уточняване на важни въпроси, касаещи цялостната картина около детето и семейството (социална и семейна ситуация, насочване, анамнеза, сиблинги, предишни терапии, насочващи въпроси около ранни преживявания на родителите).

2. Да се разбере детето и да се реконструират (биографични, етиологични) взаимовръзки между вътрешния и външния свят, за да се разкрие опитът, който може да открие пред него шансове за благополучно развитие – как въпросите и личните преживявания на родителите достигат до детето и как му се отразяват. Необходимо е да се разбере кога, защо и във връзка с какво се появяват симптомите му.

3. Изменение на отношението на родителите към детето, с цел придобиване на способност за идентифициране със собственото детско преживяване, а също и на способност за проникване и разбиране на своите отношения с него. Особена роля може да се припише на родителския капацитет и способността за самоопознаване и саморефлексия. Консултираните участват в процеса не само като родители, а като съпрузи, като мъж и жена, като автономни личности, всяка от които има собствена история. Възприетите възпитателни позиции понякога са именно защита срещу конкретни фрагменти от тази история, белязани от страдание и неспособност за справяне. В семейните отношения, обаче, това би могло да има негативен ефект, изразен в неразбиране и непознаването на собственото дете.

4. Разбиране и прилагане на новите знания и възпитателни позиции, придобити в процеса на консултиране, в реалните отношения с детето. Знанието за отношенията и връзките, които родителите откриват в хода на консултирането, би следвало да има своето приложение, което да насочи семейната динамика в положителна посока. Този етап е свързан с два важни теоретични въпроса – каква е възможността за промяна (на родителите и на детето/дали не се налагат и друго мерки, които да подпомогнат процеса) и в какво следва да се изразяват промените, за да се постигне търсения резултат. Или, формулата на работа следва да е: *Да помогнем на родителите да разберат себе си, за да разберем детето.*

Следвайки логиката на този процес, могат да се изведат няколко *акцента* на консултирането, необходими за постигане неговата цел:

1. Водещо е семейството и семейната динамика.
2. Нарушението на детето се разглежда като част от историята на семейството и с оглед на връзките, които е изградило (в семейството и със средата).
3. Подходът (на специалиста) – воден от определена парадигма, а не ориентиран според симптомите на детето и избиран в процеса на работа. За консултанта, теоретичната парадигма определя подхода на консултиране<sup>36</sup>.

Предвид сложността на процеса, следва да се прилагат някои *основни принципи*, които от една страна задават рамка на консултанта, който нерядко се сблъсква със собствените си мисли и личностни особености, и дават сигурност на консултирания, който бидейки в сложна житейска ситуация, се нуждае от това (Циркова, Д., 2007):

- конфиденциалност – доверителност в отношенията, запазване на личната информация на консултирания;
- незлоупотреба – точно задаване и спазване на граници, роли, място, които позволяват последователно разгръщане на процеса;
- толерантност – към произход, статуса на консултирания;

---

<sup>36</sup> Най-разпространени са когнитивния и психодинамичния подходи, които имат съществени различия в разбирането и работата с хора. За целта на дисертационния труд, в текста, са изведени някои основни аспекти от психодинамичния, по-конкретно психоаналитичния подход.



- свръхангажираност – предвид сложността на работа е важно консултантът да прецени дали може да поеме даден случай или това би довело до прекомерна ангажираност, а в някакъв момент и до професионално прегаряне;

- зачитане достойнството;
- уважение към личността;
- поемане на отговорност;
- системност.

Принципите са определящи за работата, но не с по-малко важност са и *предпоставките*, чрез които специалистът залага основата на последващото консултиране, а именно: изясняване откъде идва лицето/семейството, доброволно ли или е насочено; има ли готовност за работа; какви са очакванията, заявката; за кого е консултирането; трябва ли да се извърши една предварителна работа (срещи с други специалисти, събиране на документи) или може да се премине директно към консултиране. Оставяйки част от тези въпроси неизяснени, се рискува прекъсване на вече един започнал процес, което не би било ползотворно за нито една от двете ангажирани страни.

В съгласие с изведения по-горе в текста образ на семейството на детето с нарушение до 5 г., могат да изведат и *основни въпроси на родителите*:

- Въображаемостта и реалното в амбивалентността на чувствата – майката, бащата и детето имат вътрешни образи за себе си, които не винаги са в съответствие с реалността. Това поражда амбивалентност в чувствата. От начина, по който родителите описват чувствата към детето си, става ясно, че има едновременно любов и омраза, преданост и дистанция, безпомощност и агресия, радост и отчаяние. Нарушението може сериозно да застраши „инвестирането“, което описва процесът на сливане на реалното и въображаемостта на детето, необходим за неговото развитие. Присъствието на всички страни, в процеса на консултиране, е задължително, защото само така може да се разбере какво е качеството на емоционалния „диалог“, да се придобие представа за семейната динамика и начина, по който всеки „инвестира“ в отношенията.

- Страхът дали всичко е наред с детето и тревожността. Много често родителската сензитивност и усет карат родителите да потърсят компетентни лица, с които да се консултират, за да проверят усещанията си по отношение на детето. В други случаи, родовата история изиграва важна роля, когато това бива отнесено към смърт на деца, деца с някакви проблеми (вкл. психиатрични и други заболявания, недоказани във времето, но за които „цялото село/град знае“), семейни тайни, генетична обусловеност. За част от тези ситуации, родителите понякога разбират след раждането на детето или „си спомнят“ случайно, припознавайки ситуации в собственото си дете. Тревожността може да е свързана с компенсиране на усещането за несправяне, на вината, че нещо с детето не е наред, на противоречивите чувства и усещания, нормални за такава ситуация (свързани с приемането на детето). Каквато и да е причината за тревогата, тя се отразява върху поведението към детето (много често в прекомерно обгрижване и свръх протективност). Страхът и тревогата могат да действат по три начина – първият, да започнат да търсят специалисти, с идеята „трябва да знаем какво му е на детето“, но през отричането (специалистите не са добри или пък може би няма проблем); вторият – да се мотивират за работа, да се опитат да разберат детето и себе си, произхода на симптомите, с идеята положението да се промени; третият – да не правят нищо, отричайки, че има проблем (знаейки, макар и несъзнавано, че той съществува).

- Вината – породена от чувство за несправяне, неразбиране на детето, възприемане на себе си като причина за симптомите, неправилен избор на възпитателни методи. Изказвания от типа „Ако..., то...“ се свързват с различни моменти от периода преди, по време или след раждането, които в мисленето на родителите предопределят друга съдба за семейството. Понякога умишлено се търсят факти, които да потвърдят правилното случване на събитието и да освободят (поне временно) родителя от образа на „виновния“. Начинът, по който това ще се случи е предопределящ в дългосрочен план, защото вината може да действа и в различни позитивни насоки (активизиране на ресурс, търсене на всевъзможни начини за лечение, които да компенсират нарушението и изгубеното време), но може да бъде и унищожавача за личността (раздяла/развод, самоубийство). Обяснението, което родителите търсят и намират е структуриращо звено на отношенията им с детето – родителите остават в своите независими позиции, без да опитат да компенсират детето или тъкмо обратното.

- Място в несъзнаваното – несъответствието между детето, което са очаквали и детето, което се появява, понякога изправя родителите пред въпроса за желанието им да станат родители и идеята да приемат това дете като свое. Нарушението провокира част от тези, и други въпроси, и понякога е повод да се изговорят „скрити“ мисли, отнасящи се дори към периода преди появата на детето („Не бяхме сигурни дали искаме да останем заедно, но като разбрахме, че съм бременна...“, „Аз не исках да прилича на баща ми, защото той беше...“, „Страхувах се да не стане като братовчед ми по бащина линия, който има шизофрения...“). Извеждане наяве на фантазма за детето отваря въпроси пред родителите, свързани с родителството, живота и смъртта, сексуалните отношения, за които те не винаги са готови да говорят.

- Деперсонализиране – симптомите на детето често „разклащат“ семейните пластове, изградени според виждането на родителите. Появата на нарушение обръква родителите и те се чувстват безпомощни в опитите си да установят положение, което да доведе до изчезването на тези симптоми. Породените чувства и емоции понякога водят до загуба на мястото и ролите на мъж, жена, майка, татко и в желанието си да разберат детето родителите/или единият родител, по-често майката се деперсонализира, сливайки се с детето („аз“ и „той/тя“ се превръща в „ние“). Опасностите на тази ситуация са както за детето, така и за родителите, тъй като автономността на всеки един субект в семейството е поставена под въпрос.

- Репродуктивна намеса<sup>37</sup> – при асистирана репродукция, понякога възникват въпроси за връзката с бебето, защото във времето на процедурите, майката, която е често оценявана и наблюдавана, не винаги е овластявана. В хода на или след процедурите може да се появят въпроси, свързани с усещането, че „нещо с мен не е наред“, коя всъщност е майката и кой е бащата (тези, които дават биологичен материал или тези, на които се дава).

- Чий е въпросът, съпротивата и излекуването – детето размества семейните пластове и динамиката се променя. Въпросите на родителите, за които не е имало „подходящо време и място“ биват провокирани от новите усещания на родителството и често детето се превръща в симптом на семейството. В тези ситуации професионализмът

---

<sup>37</sup> Виж повече във: Вътов, В. (2013).

на специалиста изисква да разбере чий е въпроса и как той е достигнал до детето, за да може то да доведе родителите си и да ги накара да говорят за случващото се в семейството. За родителите това понякога е трудно и те започват да търсят рационални аргументи, обясняващи нарушението. Трудността да говорят води до умишленото, но несъзнавано желание да се прекъсне лечението, тъй като няма смисъл. Намесата на трети е немислима и в този смисъл работата със специалист (логопед, специален педагог, психотерапевт) е прекъсната много бързо, ако детето отчете някакъв напредък.

*Педагогическото консултиране ще намира все по-широко приложение, поради вече обрънатия световен опит към ранното детство и грижата за децата преди и след раждането, както и научните факти, емпирично доказващи важността на тези години върху формирането на здрава личност, на психично и телесно ниво. Познаването на педагогическото консултиране като процес води до професионализиране на грижата за семействата на децата с нарушение и извежда нуждата от постоянно развитие на специалистите, ангажирани с този процес.*

*Поради спецификата на педагогическото консултиране в аналитична перспектива (и не само, а по принцип), следва неговата цел да се изведе като отделен компонент и да се разглежда в контекста на триединната връзка дете-семејство-система.*

*По отношение на детето:*

- разбиране на личността, симптомите, трудностите;
- развиване личността на детето;
- изследване и съдействие за установяване на възможно най-благоприятната среда за случване на неговото развитие.

*По отношение на семейството:*

- установяване на връзките, проблемните ситуации;
- разбиране личностите на родителите;
- предоставяне на пространство за изследване на родителските въпроси и намиране на индивидуалните отговори.

*По отношение на системата:*

- съдействие за изграждане на работна атмосфера и удовлетворение на педагогическия персонал, предпоставка за създаване на възможно най-благоприятната среда за развитието на детето и грижата за неговото семейство;
- повишаване квалификацията на педагогическия персонал и професионализиране на грижата за деца във възрастта до 5 години.

## **2. Модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието**

В основата на разработването на модела е заложен ресурса на педагогическото консултиране, като инструмент за подкрепа на родители на деца с нарушения в развитието и на психоаналитичния подход, в разбирането на детето, през призмата не на симптомите на нарушението, а на това, което е отвъд тях. Така, моделът се обосновава и обособява като *Психоаналитичен модел за педагогическо консултиране*, на базата на

*концептуалните положения*, които детерминират съдържателните му особености: 1) организационен и теоретико-практически модели на реалната практика в полето на ранно детско развитие – начин на предоставяне на подкрепа на семействата с деца с нарушения до 5 г., система на насочване, връзки между специалистите, място на педагогическото консултиране като инструмент за подкрепа; 2) ниво и съдържание на професионална компетентност на специалистите в полето – професионализиране, качество на работата.

Така представен, моделът има следните *цели*:

- да подпомогне осмислянето на качеството на работа в местата за работа в полето на ранно детско развитие (в частност семейства с деца с нарушения);

- да предостави различен поглед към нарушението на детето до 5 г. (през колаборацията педагогика-психоанализа);

- да подпомогне специалистите в полето на ранното детство, чрез предоставяне на ясна и устойчива система на работа и очертаване, свързаност между отделни научни полета;

- да повиши качеството на услугите (с приложение на педагогическото консултиране като основен инструмент за подкрепа) и благосъстоянието на семействата.

В този смисъл, може да се изведат трите *нива на приложение* на модела, като се посочи, че прякото предназначение на модела е към микро и макрониво, но постфактум засяга и националната перспектива:

- микрониво – семейството на/и детето с нарушение;
- макрониво – институционално организиране на подкрепата на семействата (отделни звена, институции, места, които имат отношение към проблематиката);
- национално ниво – цялостната система на работа (представено по-долу в текста).

*Структурирането и апробацията на модела преминаха през три етапа*: синтезиране на научно познание и проучване на чужд опит; структуриране на модел, съобразно спецификите на неговото приложение и апробация на модела.

**Етапите на структуриране и реализиране** на модела се проведоха в Терапевтично-образователен център за родители и деца с нарушения „Зеленият двор“ и бяха следните:

1. **Теоретично проучване** – проучване на теоретични разработки, експертни мнения, добри практики, прилагачи и налагащи успешно педагогическото консултиране в работата с родители, с акцент ресурса на семейството и детето с нарушение. Проучени бяха литературни източници, нормативни актове, социални политики, квалификационни характеристики на различни специалисти, ангажирани в полето на ранното детско развитие (педиатри, педагози, възпитатели, логопеди, психолози). Фокусът бе насочен към утвърдени европейски практики, залагащи на единен подход на работа и имат определени специфики, които правят успешно прилагането им.

2. **Структуриране** – провеждане на работна среща с директора на Центъра и персонала (педагог, възпитатели, логопед, сензорно-моторен специалист), с цел разясняване и очертаване на възможностите за внедряване на модела. Очертани бяха спецификите в професионалното поле на всеки един специалист.

3. **Адаптиране** – с оглед на връзката между теоретичната концепция и практическото приложение на модела, бяха извършени корекции, засягащи връзките между специалистите и родителите.

4. **Апробация** – осъществи се след провеждане на 6-месечна работа по модела, реализирана с 10 семейства на деца с нарушения в развитието (симптоми на аутизъм,

ранна детска психоза, проблеми с храненето). След провеждане на екипна среща, моделът бе окончателно оформен.

5. **Утвърждаване на модела** – след проведена работна среща, бе взето решение моделът да бъде част от работата на специалистите.

Схематично, концептуалният модел (на институционално ниво) може да бъде представен по следния начин (Виж Схема 1):

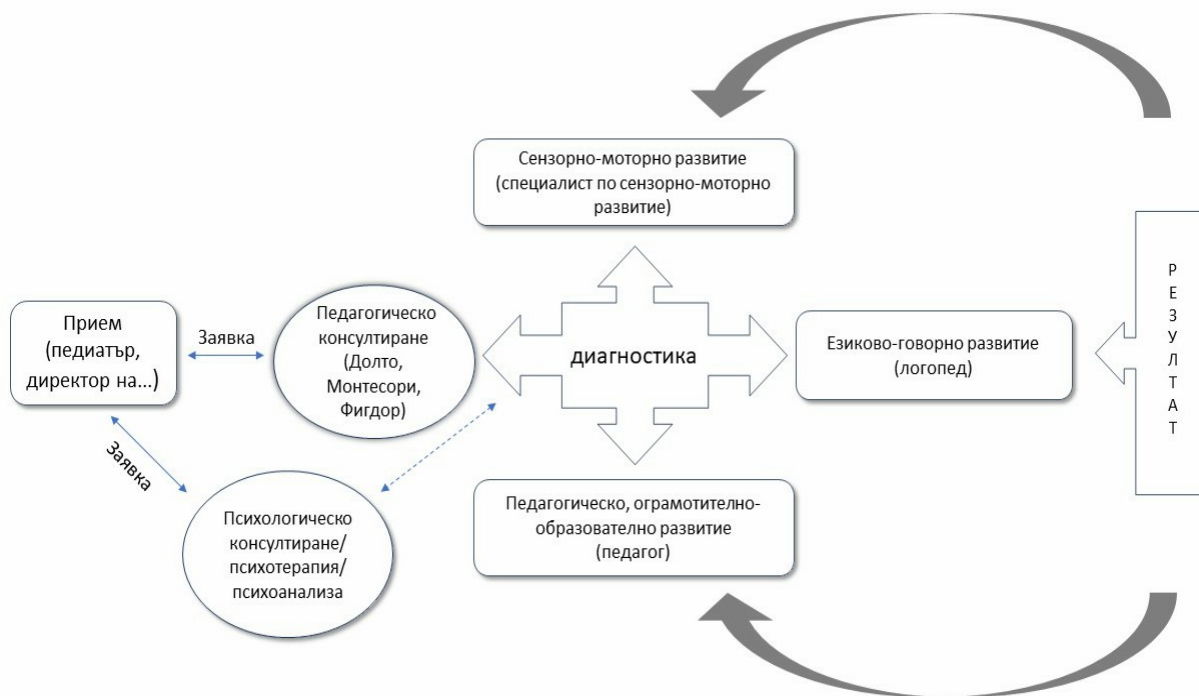


Схема 1. Концептуален модел на институционално ниво

*Приемът* в институцията се реализира от директор<sup>38</sup>, който има задачата да поеме заявката на родителите, техните въпроси и да насочи работата. В някои случаи, се оказва, че заявката на родителите за детето, всъщност е тяхната собствена или на един от двамата родители – тогава се договаря работа с родителя, но на друго ниво – психологическо консултиране, психотерапия или психоанализа. Приемът включва първично диагностично интервю, съобразно същността на процеса на педагогическо консултиране. *Диагностиката* с детето е следващата стъпка, за да се анализира представената от родителите картина и да се направи адекватна оценка за последваща работа. Предвид особеностите на ранното детство, следва включване на специалист (*педагог, логопед, сензорно-моторен специалист*), който да разбира и съпровожда детето в процеса на неговата работа. Важна и необходима е екипната връзка и единния подход, който е психоаналитичен. *Педагогическото консултиране* е инструмент на всеки специалист, работещ с родителите, по проблемите на детето и на семейството, но всеки специалист, който го реализира, има съответните компетенции за това.

<sup>38</sup> В случая директорът е психоаналитик, с компетентности в областта на ранното детство и педагогическото консултиране, а авторът на дисертационния труд се включва в работата по случаи по два начина: като сензорно-моторен специалист и като връзка с родителите.

Моделът има определени *характеристики и особености*, от които зависи успешното, точно и ефективно приложение от специалистите, работещи в една система на грижа и подкрепа:

- Ранното детство – специфики и периоди, през които преминава детето и неговите родители.

- Нарушението – схващане на нарушението като сигнал за нещо случващо се, страдание, апел; то е път към реструктуриране на отношения и извеждане на ресурса.

- Консултирането – дефиниране на заявката и определяне границите и насоката на процеса. Изисква се педагогическа подготовка в областта на ранното детство, за отглеждане и възпитание през психоаналитичната парадигма (Долто, А. Фройд, Фигдор).

- Диагностиката – основното не е придържането към нормата/извън нормата и какво прави/не прави детето, а какво му се случва, какви са неговите въпроси, в контекста на една специфична семейна/извън семейна ситуация.

- Включването на семейството, ресурса – задължителна работа с родителите, а при необходимост и със средата (специалисти в детска ясла, детска градина).

- Интердисциплинарност – връзка между специалистите, супервизия, интервизии<sup>39</sup>. Моделът представя интердисциплинарни връзки между отделни науки (педагогика, медицина, логопедия, психология и психоанализа), които обаче, предполагат сътрудничество на различни специалисти, за постигане на оптимални резултати и са обединени от познания за ранното детство (освен психо-физическо, емоционално, социално развитие, така и познания за влиянието на отглеждането, възпитанието в семейната среда).

Моделът дава възможност да се преодолеят някои *трудности*, които специалистите често срещат в практиката си:

- Уточняване на заявката и по-конкретно чии са въпросите и кой има нужда от подкрепа. Идвайки за своето дете и неговите симптоми, в някои случаи родителите разбират, че техните въпроси, отношение, възпитателни методи пораждаат симптомите у детето.

- Постоянство на семейството – след изясняване на ситуацията, родителите изпитват чувства и усещания (страх, вина, гняв, желание, устрем и др.) от различни регистри, които не винаги им позволяват да продължат работата в съответното място.

- Изясняване начина на работа с родителите – изначално поставяне на границите, рамката на работа, запознаване с подхода, което носи сигурност и за двете страни.

Поради различните виждания на институциите и работата през различни модели, или без определен модел, все още остават някои трудности, които са не на локално, а на национално ниво:

- Липса система за сътрудничество и насочване – когато въпросите на родителите засягат и извън семейната среда, например детска ясла, градина, училище, не винаги може да се осъществи връзка със специалистите, които са поели грижата извън семейството, поради разбиране за разделеност на институциите и работата в тях.

- Проследяване на случаите – или какво се случва с децата, след като работата със специалистите приключи. Разчита се основно на родителите, които запазват връзката си с

---

<sup>39</sup> Оценката на модела от специалистите е част от проведеното емпирично изследване.

институцията и считат, че обратната връзка е полезна. В България няма установена практика по проследяването на случаите и понякога молбата за обратна връзка се приема от родителите като заплаха, намеса, с учудване.

Така обаче, могат да се изведат и някои *положителни моменти*, произтичащи от модела, *засягащи професионализма на специалистите*:

1. Разграничаване на професионалните полета на всеки специалист, но с мисъл за детето не по сфери на развитие, а през цялостното виждане за него, като единна система тяло, психика, душа.

2. Професионално развитие – моделът „задължава“ специалистите да се усъвършенстват в полето на дейност, което са избрали, но и в подхода на работа, който прилагат, за да действат по-ефективно и адекватно, да разбират детето.

3. Усещане за екипност и сигурност – единният подход задава параметри и ориентири на специалистите, които „говорейки“ на един език с/за детето и семейството, изграждат пълна картина за ситуацията, с отчитане на личните преживявания спрямо това дете (трансфер и контратрансфер), които останали неразбрани, могат да затруднят или дори да спрат работата с детето.

А грижата за специалистите е важна, защото те са движещите звена в полето на грижа за децата и семействата.

Погледнато по-мощно, *моделът намира приложение на национално ниво*, разпределяйки отговорността между основните системи, които са ангажирани с ранното детство и прави връзка между тях, с цел постигане на ефект не само за детето и семейството му, но и за цялостната система на грижа, която понякога действа тромаво и се губи ценно време. За да се проследи тази свързаност е нужен кратък обзор на *основните елементи и техните характеристики (Виж Схема 2.)*:

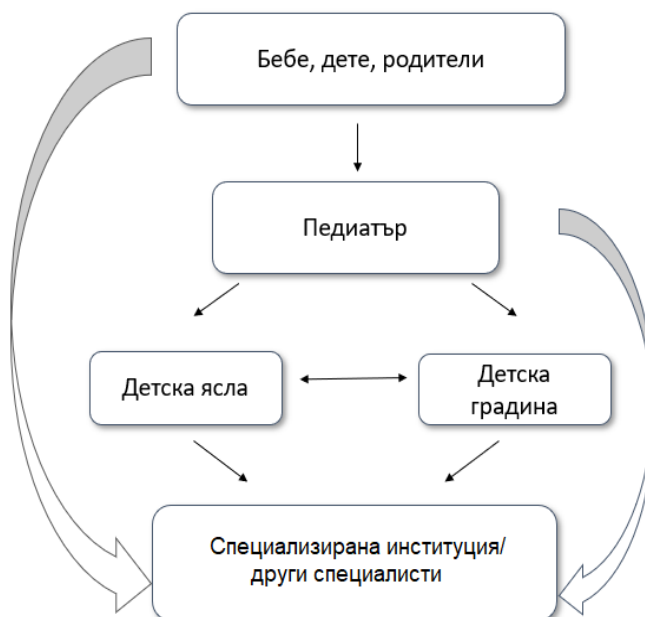


Схема 2. Представяне на модела на национално ниво

• **Първи елемент** – достъп и възможност за персонално адаптиране на услуги, дейности по интервенция и превенция на нарушения в ранна детска възраст, съобразени

със семейните специфики, положение, отношения. Консултирането съпровожда родителите във въпросите им по отношение на здравето (отглеждането), психосоциалното функциониране (възпитание, психично здраве, социализация, когнитивно, емоционално, езиково развитие). На семейството се гледа като на система, в която всяка личност е във връзка с останалите.

• **Втори елемент** – първото звено, което поема родителите, е медицинското и тук ролята на педиатъра е от съществено значение, защото за родителите той е гарант за здравето на тяхното дете и пръв ориентир за отглеждането и възпитанието на детето. Педиатърът, вслушвайки се в родителската сензитивност, но оставайки в своето обективно положение на специалист, може да насочи родителите към следваща стъпка, ако има съмнение за нарушение, което не попада в регистъра на неговата дейност.

• **Трети елемент** – нарушението понякога се проявява/отключва в извън семейната среда, която има не по-малка роля в отглеждането и възпитанието на децата. Връзката между педагога и родителите държи детето в позиция на субект, за когото се мисли и говори. Детските ясли и градини могат да изиграят две роли, по отношение на детето и на семейството: 1. Интервенция на нарушението (подкрепа на детето в трудни ситуации, които пораждаат фрустрация и поява на симптоми, консултиране на родителите по въпросите на възпитателната семейна практика, която не винаги е най-добра за детето) и 2. Превенция (детската ясла/градина като сигурна среда, в която в хода на спонтанната игра детето може да отработи въпросите, които има). За да е ефективна работата по модела е важно да се зачете статута и ролята на тези институции.

• **Четвърти елемент** – специализираната институция, в която най-ясно трябва да е регламентирано педагогическото консултиране и насоката на предлаганите дейности и услуги. Тук откриваме пресечната точка между психо-педагого-социално, която трябва да осигури навременни мерки, с оглед на цялата семейна картина, на първо място с предоставянето на индивидуално отношение към детето и семейството.

Моделът намира най-успешно *приложение* в работата със семейства на деца с нарушения в развитието до 5 г., при които е установено, че нарушението не произтича от медицински и/или генетични причини, а е резултат от възпитателните методи и влиянието на семейната среда – посока интервенция. И още, не бива да се забравя успешното му приложение в превенцията на разстройства в развитието (от аутистичния спектър, ранна детска психоза, на привързаността и др.) – навременната работа със семейството и разбиране симптомите на нарушение прекъсват веригата нарушение-разстройство, която понякога се задейства бързо и необратимо.

Това не ограничава успешното му прилагане във всички останали случаи (по отношение на системно-организационна дейност), но се изискват още доказателства (за български контекст).

А *прогностичната стойност* на модела може да се систематизира в следните няколко пункта (според изведените по-горе нива на приложение):

• на микро ниво се очаква моделът да повиши професионалната грижа за всяко семейство, което се сблъсква със симптомите на нарушение на детето, като се гарантира широта на услугата (по отношение на диагностична оценка и планиране на работата със специалисти от различни полета);

• на макро ниво се очаква моделът да гарантира качество на грижата, чрез уеднаквяване на подхода към нарушението на децата до 5 г. и „работа в цялост, а не на



парче“ (от забелязване на симптоми, през насочване, до адекватна работа); стандартизиране на предлаганите услуги, засягащи ранното детство;

- на национално ниво очакването е за формиране на цялостна система, с ясна визия и функциониране.

*Реализиран, моделът може да се впише в твърдението „един за всички и всички за един“. Приносният му характер се отчита както на национално, така и на институционално ниво, като особено внимание следва да се насочи към следните няколко аспекта: засяга и ангажира всички страни, с отношение към отглеждането, възпитанието и развитието на детето до 5-годишна възраст; активира ресурса на различни нива; изисква интердисциплинарност и работа през единен подход, както и възстановяване/създаване на връзка между институциите; от една страна дава шанс детето да се развие по начина, по който може, без придържане към етикети и норми, а от друга, дава шанс семейството да види своето дете, отвъд етикети и норми, които обществото, а понякога самите институции налагат; води до професионализиране в полето на ранно детско развитие, адекватна употреба на изследователски инструменти (като педагогическото консултиране), в контекста на установени стандарти.*

### **ТРЕТА ГЛАВА. Емпирично изследване на Модел на педагогическо консултиране за родители на деца с нарушения в развитието (до 5 г.)**

#### **I. ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО – КОМПЛЕКСНИ ЗАДАЧИ, ОБХВАТ**

*Общата цел* на емпиричното изследване е да се установи същността и спецификите на педагогическото консултиране за родители на деца с нарушения в развитието до 5-годишна възраст и по-конкретно: как специалистите в полето на ранното детско развитие виждат и разпознават детето с нарушение; приложение на педагогическото консултиране и потребността от него, като инструмент за подкрепа на семейства; посока на консултирането – развитие, превенция, като се оцени създаденият на теоретично ниво концептуален модел. В подкрепа на целта, са формулирани следните *изследователски задачи*, а именно да се идентифицират:

1. Актуалното професионално разбиране по отношение на педагогическото консултиране и неговата приложимост.

2. Нагласите към педагогическото консултиране във възрастта до 5 години.

3. Особенности на децата с нарушение.

4. Предизвикателствата пред професионализма на специалистите, ангажирани в полето на ранното детско развитие.

5. Актуални тенденции по отношение на практиката (модели, методи, подходи) и особеностите на педагогическото консултиране в организации (неправителствени, социално-педагогически), работещи с деца в ранна детска възраст.

В тази част на дисертационния труд е отредено специално място на *няколко проблемни области*, с отношение към практико-приложния обхват на педагогическото консултиране, а именно:

- Образ на семейството на детето с нарушение;
- Специфики на педагогическото консултиране като процес, трудности, практика;
- Професионализъм за реализиране на педагогическо консултиране.

Насоката на изследователския интерес и изведените области се припокриват и взаимно допълват във всеки *етап на дисертационното изследване*:

1. Подготвителен (Реализира се в месеците март-май 2019 г.)  
Инструментариум: Бланка за интервю във фокус група (*Виж Приложение 1*)
2. Пилотен (обхваща месеци работа на докторанта, в периода 2017-2020 г.)  
Инструментариум: Бланка за описание на случай (*Виж Приложение 2*)
3. Заключителен (обхваща период март-юни 2020 г.)  
Инструментариум: анкетна карта (*Виж Приложение 3*)

### **1. Подготвителен етап – провеждане на фокус група**

**Цел:** Фокус-групата имаше за цел да проучи мнението на експерти в полето на ранното детско развитие, по въпроси, свързани с актуалното състояние на педагогическото консултиране, на институционално ниво, както и да се оцени модела за консултиране на родители.

**Изследвани лица (ИЛ):** Фокус-групата бе реализирана с 20 директора на детски градини (с яслени групи) и бе формирана в рамките на провеждано обучение за работа с деца с нарушения. Всички експерти са с опит над 30 години в полето, като през цялото време на професионалното си развитие са били в системата на ранно детско развитие. Изборът на изследвани лица е продиктуван от дългогодишния им стаж, важната им роля във всички промени, случващи се на системно ниво и работата с мултидисциплинарни екипи, пряко ангажирани в работата с деца с нарушения. Още повече, детската градина е едно от основните места, които имат отношение към превенцията на нарушения и ранната интервенция (насочват, поемат част от последващата работа).

#### *1.1. Изводи*

От получените резултати могат да се направят някои **изводи**, които ще търсят уточняване и допълване, в следващите части на емпиричното изследване:

1. Липсата на работещ, единен модел, налага с още по-голяма убеденост реализирането на предложението такъв, който сам по себе си предлага справяне с част от изведените трудности, с които експертите се сблъскват – връзката между специалистите и връзката им с родителите, която е задължителна и определяща за ефекта от работата.

2. Необходима е цялостна визия за системата на работа с деца с нарушения, както и очертаване спецификите на полето на педагогическо консултиране за родители, в рамките на което, водещи елементи са ресурса (развитието) и превенцията.

3. Липсва единно разбиране на понятието „нарушение в развитието“ и визия за работата с тези деца и техните родители. Нарушението все още се мисли в пределите на

норма/патология. Но, важно и е необходимо да се отбележи, че специалистите са единомислещи за връзката между нарушението на детето и семейната ситуация, динамика, среда.

4. Въпросът за подготовката на специалистите извежда необходимостта от допълнително обучение, тъй като липсват подготвени специалисти, които да реализират педагогическо консултиране на родители. Специалисти, които го реализират, има, но остава въпросът за рамката на работа, подхода и стандартите.

## 2. Пилотен етап – описание на случаи

### 2.1. Цел и изследователски въпроси

Целта на описаните случаи е да се проследят спецификите на семейната среда, във връзка с отглеждането и възпитанието на детето и симптомите на нарушение, които то проявява. Основната цел е да се изведе ресурса на педагогическото консултиране, като инструмент на различни специалисти, от една система, в подкрепа на семейства на деца с нарушения, в контекста на семейната динамика и изследването на връзките в тази динамика, отражението им върху детето (търсене през въпросите и реализирането на отглеждането и възпитанието).

*В този централен етап от емпиричното изследване се цели обосноваване систематизация, на основа на реалната анализирана практика, в отговор на **трите основни взаимосвързани въпроса в едно комплексно питане, поставено още в началото на изследването** – Възможно ли е чрез компетентна симбиоза педагогика-психоанализа на теоретическо и на приложно равнище да се **ОБОСНОВАТ, ПРОВЕРЯТ И ИЗЯВЯТ**:*

- *основните оптимални възпитателно-формиращи условия на синергетична среда /първо – „какво?“/*
- *за превръщането на детето със специфики в развитието си в субект /второ – „как?“/*
- *с помощта-посредничество на педагогическия консултант, работещ в мрежа /трето – „кой?“/.*

### 2.2. Избор на случаи

Случаите са избрани сред тези, в които изследователят има пряко участие и които показват клинична картина, в която, в хода на работата, може да се проследи връзката между семейството и поведението, симптомите на детето. По всички случаи е работено през периода на апробиране на изведения модел на педагогическо консултиране (от 2017 г. насам). Те са илюстрация на изведените в теоретичната част основни акценти от работата със семейства на деца с нарушения, като се проследява връзката майка-баща-дете, в контекста на симптомите, които детето проявява и възпитанието, като пресечна точка между опита на родителите (личен, избор на идеи, сензитивност към нуждите на детето) и потребността на детето.

Информацията и работата по всеки един от случаите е дискутирана на екипни срещи и интервизии. В събирането на цялостната информация освен бележките на автора, са използвани протоколи от проведени интервюта, както и видео филми, предоставени от

родителите на децата. Първите 6 случая описват работата с деца, с продължителност над година и половина – в този период, семействата не работят и не се консултират с други специалисти. Последните два случая са илюстрация на краткосрочно, фокусирано педагогическо консултиране, представящи бързото активиране на ресурса на семейството и способността за промяна<sup>40</sup>. Интерпретацията на случаите е дискутирана с всяко семейство, а резултатите са подкрепени с тези от анкетната карта.

Описанието на цялостния процес на работа има за цел да разкрие практическата реализация на модела, на институционално ниво. Ясно са отразени: насочването на семейството, връзка между специалисти от различни полета и сътрудничество, екипност, същност на консултирането и на цялостната работа със семейството. Педагогическото консултиране присъства в дейността както на директора, така и на останалите специалисти, но всеки един от тях има нужната допълнителна квалификация да го реализира. Т.е., работата на всеки специалист е строго дефинирана, от стандартите на професионалното поле, в което се развива, но работата му с родителите е задължителен елемент, включващ педагогическото консултиране като инструмент. Описанието на случаите, както и интерпретацията на резултатите, са реализирани през психоаналитична парадигма и през връзката педагогика-психоанализа, същностна за модела. Структурата и съдържанието са съобразени с утвърдени източници<sup>41</sup>.

### *2.3. Изводи*

**1.** Моделът (на институционално равнище) дава възможност за следване на детето, навременна и адекватна реакция в отговор на настоящите му потребности.

**2.** Моделът (в контекста на прилагането му на национално ниво – насочването и връзката между специалисти) дава възможност за работа в система, бързо насочване и екипност.

**3.** Работата с родителите е задължителен компонент, за постигане на оптимални резултати.

**4.** Работата със семейството налага включване на различни специалисти.

**5.** Необходимо е следване на единен подход, който гарантира последователност и адекватност на дейностите.

**6.** Педагогическото консултиране може да е част от дейността на различни специалисти, но само след придобиване на определени компетенции, свързани с отглеждането и възпитанието в ранна детска възраст.

---

<sup>40</sup> Двата случая може да се причислят и към превенция, тъй като ранното откриване, навременната намеса на специалисти, бързото активиране на ресурса на семейството и готовността им за промяна в начина на отглеждане и възпитание, водят до промяна в детето, чиито симптоми, при задълбочаване, биха наподобили тежко нарушение в развитието.

<sup>41</sup> Вж: Джонев, С. (2015).; Horst, K., Albani, C., Pokorny, D. (2015).; Willemsen, J., Rosa, E., Kegerreis, S. (2017).

### 3. Заключителен етап – анкетно проучване

Изследването бе проведено през месеците март-юни 2020 г. в държавни детски градини (с яслени групи), частни детски градини, Центрове за работа с деца с нарушения в развитието, Центрове за ранно детско развитие, Дневни центрове за деца с увреждания, сред специалисти на частна практика, в частна болница. Структурите, които обхвана изследването, се намират в градовете – София, Благоевград, Русе, Разград, Тетевен, Габрово. Общо изследваните лица са 80, като от изследователска гледна точка е необходимо да се посочи, че първоначално броят на изследваните лица бе 95, но част от тях отказаха да попълнят анкетата, поради липса на разбиране (на тематиката) и невъзможност да отговорят (въпреки предложението на изследователя, въпросите да бъдат обяснени детайлно)<sup>42</sup>.

При разработване дизайна на изследването са взети предвид следните етапи:

- отграничаване на структури и организации, чиято дейност попада в предметната област на изследването;
- осъществяване на връзка с полеви сътрудници и договаряне на процедурата на проучването;
- информиране за незадължителния характер на процедурата и анонимността на резултатите, договаряне за обратна връзка от изследването с част от организациите;
- провеждане на изследването сред ангажираните специалисти, в полето на ранното детство (до 5-годишна възраст);
- първична обработка на данните;
- статистическа обработка на данните;
- представяне на данните.

Методиката на изследването включва частично стандартизирана анкетна карта от 21 въпроса - отворени, полузатворени и затворени, при чието конструиране са използвани номинални и ординални скали. В края на анкетната карта са включени три демографски характеристики на изследваните лица (стаж по специалността, длъжност и организация). Анкетната карта бе апробирана предварително с експерти от полето на работа със семейства и деца, в резултат на което бяха добавени още два въпроса.

Във връзка с покриване на изискванията за анонимност на изследваните лица, в рамките на първичната обработка на данните и провеждането на статистически измервания, някои от демографските характеристики бяха подложени на допълнителна анонимизация. В процеса на статистическа обработка на данните са използвани математико-статистически методи в софтуерната програма SPSS:

- описателни числови характеристики (описателна статистика) – използвани са проценти, средни стойности, минимални и максимални стойности;
- методи за оценка степента на корелация – използван е хи-квадрат, приложим при извършването на проверка за наличие на връзка между два признака. В допълнение е взет предвид и коефициентът Pearson Chi-Square (за проверка на корелационната зависимост и

---

<sup>42</sup> Става дума за специалисти от детски градини, което още в началния етап на анкетното проучване постави въпроса за разпознаването на нарушенията.

наличието на връзка), като резултатът се интерпретира само в случаите, когато  $\text{Approx.Sig} < 0,05$ . Коефициентът на Крамер е използван за измерване на силата на връзката. Ниските стойности на коефициента се дължат на предметната област и не предполагат наличие на силни връзки, затова в анализа на получените данни са анализирани само тези, при които се отчита статистически значима връзка.

За целите на дисертационния труд, въпросите, включени в анкетната карта, обхващат няколко проблемни области, дефинирани и в теоретичната част като основни в полето на работа със семейства на деца с нарушения в развитието до 5 г., и произтичат от особеностите на работата в това поле:

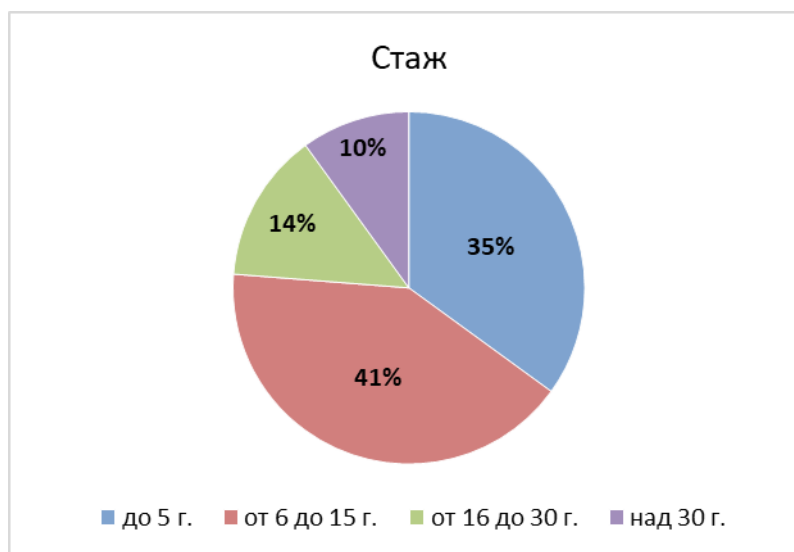
- образ на детето с нарушение и уточняване на понятиен апарат – познаване и дефиниране на понятия в контекста на работата на специалистите, в полето на ранното детство, насочени към професионалното разбиране за нарушение и извеждане на професионално информиран профил на детето с нарушение (въпроси 1, 2, 3);
- отглеждане, възпитание на детето с нарушение и влияние на семейната среда, динамика – проучва се връзката между явленията (въпроси 4, 5, 6);
- въпроси 7, 8, 9, 10, 11 са насочени към системата на работа със семейства на деца с нарушения в развитието и трудностите, които специалистите срещат – търсят се връзки, „слаби места“ и ресурс (който да допринесе за положителни резултати);
- професионално поле на педагогическото консултиране – дефиниране на обхвата и дейността на специалистите, необходимостта и приложението на педагогическото консултиране във възрастта до 5 години при деца с нарушения и техните семейства (въпроси 13, 14, 15, 16, 17, 18);
- професионализъм на специалистите в полето на ранно детство – професионализиране на уменията и качество на грижата (въпроси 12, 19, 20, 21).

### *3.1. Резултати и анализи*

За целите на дисертационния труд, анкетната карта бе попълнена от 80 ИЛ, ангажирани в полето на ранното детско развитие, като включените демографски показатели (стаж, длъжност, организация) целят да се проучи мнението на различни специалисти. Това е необходимо, защото изведеният в теоретичната част модел не би бил възможен без участието на различни специалисти, работата на които изгражда системата за работа със семейства на деца с нарушения в развитието до 5г.

Стаж по специалността		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни и стойности	до 5 г.	28	35,0	35,0
	от 6 до 15 г.	33	41,3	41,3
	от 16 до 30 г.	11	13,8	13,8
	над 30 г.	8	10,0	10,0
	Общо	80	100,0	100,0

Таблица 1. Стаж по специалността

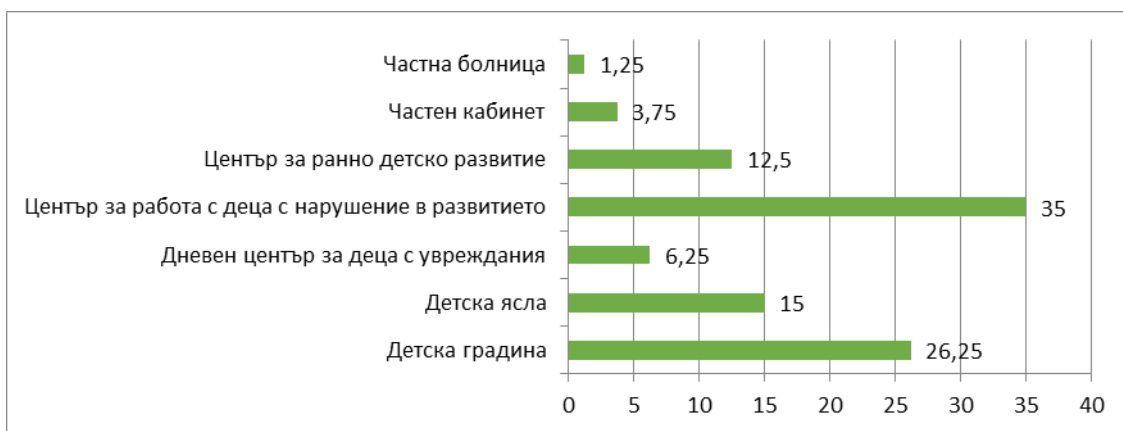


Фигура 1. Стаж по специалността

Най-високи проценти се отчитат в години стаж до 15 г. и 15-30 г., което е показател за определено ниво на професионализъм, както и за формирана професионална компетентност. Немалко са и специалистите със стаж над 30 години, което може да се приеме като показател за експертно мнение. В хода на анализа, ще се търси връзката между стаж и въпросите, очертаващи спецификите на полето на педагогическото консултиране.



Графика 1. Длъжност



Графика 2. Организация

При процентното разпределение по длъжност се забелязва, че има представители на разнообразни длъжности, като повече от половината, 53,8% от ИЛ, са педагози, пряко ангажирани с работата с деца и семейства, които понякога първи забелязват нарушение или са ценен ресурс в работата с детето с нарушение и неговото семейство. В извадката на изследването попадат и специалисти, които се приемат за основни фигури в системната работа със семействата - психолози (18,8%), специални педагози (10 ИЛ). Разпределението по организации следва подобна логика, като могат категорично да се изведат детска ясла и градина (съответно 15% и 26,3%), както и Центрове за работа с деца с нарушения в развитието (35%).

Първият въпрос цели да изследва възприемането за детето с нарушение, през призмата на дефиницията, която специалистите дават за неговото състояние. Нормативните актове са ценен ориентир, но е важно да се търси и осъзнава връзката между начина, по който назоваваме детето, мислим за него, както и начина на работа.



1. Как бихте дефинирали понятието „дете с нарушение до 5-годишна възраст“? /Моля отговорете кратко./	Отговори	
	Брой	%
Дете със СОП	15	18,75
Дете със симптоми/симптоматика/специфика в развитието, която може да доведе до нарушение	13	16,25
Специално	7	8,75
Дете със специфични потребности	7	8,75
С отклонение/изоставане от нормата, стандартите, очакваното за възрастта (умения от психо-моторен, социален, познавателен и емоционален характер, самостоятелност, игра с връстници)	17	21,25
С поведенчески проблеми – липса устойчивост внимание, пасивност или агресивност, хиперактивно	6	7,5
С езикови нарушения, проблеми в общуването	7	8,75
С нарушение на психичното здраве и поставена диагноза (вкл. генерализирано разстройство на развитието)	8	10
Общо	80	100,0

Таблица 2. Образ на детето с нарушение

За изследваните лица, водеща е категорията СОП (специални образователни потребности) – 18,75%, която широко се дискутира в общественото пространство и се използва, но често се забравя, че акцентът е върху образователните потребности, които сякаш се превръщат във водещи и се извеждат на преден план (пред всички останали потребности). Друг е въпросът, че СОП се поставя на деца, които вече са в образователната система (градина, училище), т.е. как и дали изобщо се мисли за децата с нарушение преди тези периоди. Позоваването на категории може да дава насоки за трудностите на детето, но не и да бъде водещо, защото така задава ограничена рамка на работа, в контекста на образованието и обучението.

Най-висок резултат (21,25%), но все пак близък до този на СОП, очертава изведения профил на детето с нарушение, базиран на схващането за „норма“ и налагането на определени стандарти за детско развитие – „отклонение/изоставане от нормата, стандартите, очакваното за възрастта“. Нарушението се свързва с по-широк спектър на проявление (отвъд образователните потребности) – изоставане в „умения от психо-моторен, социален, познавателен и емоционален характер, самостоятелност, игра с връстници“, но с акцент изоставане.

Двете изведени тенденции дават известна категоричност за образа на детето, който се търси по-скоро в областта на трудностите, изоставането, което директно препраща към идеята за помощ, подкрепа, компенсиране във възможностите. Но зададените категории и стандарти могат да действат ограничаващо, ако не се отчитат личностните особености на детето и средата, в която живее и функционира.

В отговорите могат да се изведат и други тенденции:

- 8,75% от ИЛ посочват в отговорите си, че детето с нарушения е „специално“, „дете със специфични потребности“, което все пак отваря пространство да се мисли за детето като за дете с определени потребности, които в настоящия момент следва да бъдат разбрани и да се мисли около тях;

- „с езикови нарушения, проблеми в общуването“ (8,75%), „с поведенчески проблеми – липса устойчивост внимание, пасивност или агресивност, хиперактивно“ (7,5%) – в тези отговори сензитивността на специалистите е поставена под въпрос, тъй като се открива фрагментарен поглед, насочен единствено към една област от развитието на детето, без връзка с цялостното му развитие;

- този факт е затвърден и в отговора „с нарушение на психичното здраве и поставена диагноза (вкл. генерализирано разстройство на развитието)“ (10%), което говори за непознаване на понятията и синонимното им използване (в случая нарушение и разстройство в развитието).

Висок процент (16,25%) е налице и в отговорите „дете със симптоми/симптоматика/специфика в развитието, която може да доведе до нарушение“, които говорят, че на детето не се гледа като на изоставащо, непокриващо определени критерии, а по-скоро се дава израз на симптоматиката, която е възможно да доведе до нарушение. Т.е. дава се време на детето, в което е необходимо да се проследи връзката между симптомите, техния генезис. Тук, не на последно място, може да се посочи важното място на превенцията и ранната интервенция, които също са присъстват в отговорите на специалистите.

*Обобщено, понятието нарушение не подлежи на универсално дефиниране, на което се позовават специалистите. Това, при работа в единна система, е предпоставка за различен подход на работа и отношение към детето и семейството, защото психичното схващане е определящо за процеса и развитието.*

Един от централните, както за емпиричната, така и за теоретичната част на дисертационния труд, е въпрос №4, който изследва мнението за връзката между нарушението на детето и семейната среда.

Процентът на положително отговори, отразен в отговорите „да, изцяло“ (18,8%), „да, в много голяма степен“ (55%) и „да, в малка степен“ (15%) говори за значението на семейната среда, както за появата на нарушение, така и за включването му в процеса за справяне с него. Това препраща към семейната ситуация, отношения между партньорите и задължителна работа с тях.

4. Считате ли, че нарушението на детето може да е повлияно от семейната ситуация (родителите, родителството, средата)?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да, изцяло	15	18,8	18,8
	Да, в много голяма степен	44	55,0	55,0
	Да, в малка степен	12	15,0	15,0
	По-скоро не	8	10,0	10,0
	Не	1	1,3	1,3

	Общо	80	100, 0	100,0
--	------	----	-----------	-------

Таблица 5. Нарушение – семейна ситуация

Въпрос №7 е първият от следващата група въпроси, който цели уточняване на параметрите на нарушение (възраст и прояви), като мнението на специалистите би могло да е ориентир за разпознаването на симптоми на нарушение.

7. Според Вашата практика, как най-често се проявява нарушението на детето, на каква възраст?	Отговори	
	Брой	%
от бебе до 1 г.	2	2,5
1–2 г.	4	5,0
2–3 г.	14	17,5
3–4 г.	13	16,2 5
4–5 г.	6	7,5
Поведенчески прояви, липса на концентрация, нервност, апатия	5	6,25
Проявява се различно и на различна възраст	11	13,7 5
Артикуляционни нарушения. Заекване.	3	3,75
Липса на социален интерес, изоставане от връстниците, нарушение в емоционални, когнитивни, социални умения, агресия	15	18,7 5
Родителите често късно забелязват нарушения в развитието на детето си, освен ако не са генетични и изследвани и потвърдени още при раждането.	3	3,75
Показва изоставане от нормата	2	2,5
След силно стресиращи ситуации	2	2,5
Общо	80	100, 0

Таблица 9. Прояви на нарушение, възраст

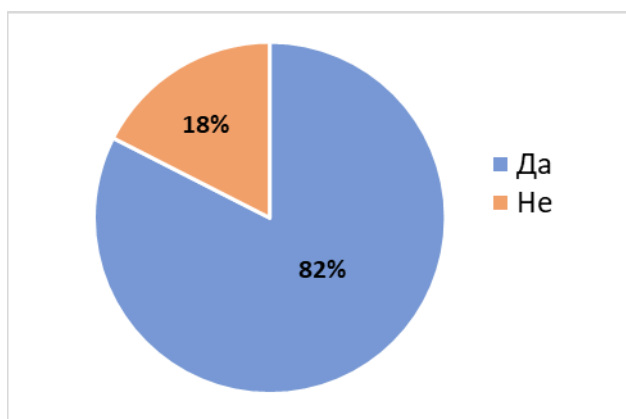
В световната практика тенденцията е към сваляне на възрастта на разпознаване на симптоми и работа със семейството, но у нас нарушението все още е в обсега на 2-4 годишна възраст (17,5% за 2/3-годишна възраст и 16,25% за 3/4-годишна възраст). Вероятно това е така, поради факта, че тази възраст се характеризира с усвояването на много умения и професионалният поглед по-лесно улавя липсата на такива. Съдейки по изведените от специалистите прояви на нарушение, се забелязва, че тенденцията е по-скоро разпределена между поведенчески (6,25%), езиково-говорни (артикуляционни нарушения, заекване – 3,75%), изоставане от нормата – 2,5% и след стресиращи ситуации – 2,5%, по-голямата част от които се забелязват и откриват именно в тази възраст. Както и в предходния въпрос, тук отново се забелязва фрагментарност в отговорите – отчита се един показател, за сметка на цялостното развитие.

Процентът анкетираните, посочили „от бебе до 1 г.“ е малък, само 2,5%. Малко по-висок е за възрастта 1-2 г. (5%), което все пак е показател за разпознаване на ранни симптоми на нарушение, изискващо бърза и адекватна работа, подкрепа на семейството при откриване на причините. Почти толкова ИЛ са посочили и възрастта 4-5 г. (4,5%), което се извежда като тревожна тенденция, имайки предвид, че до 5 г. детето вече има някаква завършеност на развитието. Въпросът тук касае и професионалния поглед на специалистите или доколко компетентностите им позволяват да разпознаят нарушението и да насочат или да работят с него. В някои случаи, това са единствените специалисти, с които родителите общуват и на които се доверяват (напр. детска ясла, градина), т.е. изчакването до 4-5 г. не е адекватно, тъй като се губи най-активната възраст.

Трябва да се отбележи, че 18,75% посочват като основна проява „липса на социален интерес, изоставане от връстниците, нарушение в емоционални, когнитивни, социални умения, агресия“ – тук вече се открива по-широк поглед към симптомите на детето. Необходимо е в практиката да се прави разграничение между симптоми и прояви. Ако психоанализата е дала точно дефиниране на симптома, то проявата може да е еднократна, продиктувана от съвсем различни обстоятелства. Наблюдението е основен инструмент, който служи на специалистите, за да проследяват и откриват симптоми или прояви на нарушение.

10. Считате ли, че педиатрите трябва да имат по-голямо участие в системата за работа с деца с нарушения?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да, (уточнете)	66	82,5	82,5
	Не, (уточнете)	14	17,5	17,5
	Общо	80	100,0	100,0

Таблица 11. Участие педиатри



Фигура 4. Участие педиатри

От анкетираните лица, 82% са категорични, че трябва да участват. Според 65,2% от ИЛ, които дават положителен отговор на въпроса, причините за участието на педиатрите в системата за работа с деца с нарушения са:

- защото са връзка (трябва да забелязват, насочват), но трябва да споделят отговорността (5 ИЛ);
- те най-пряко проследяват развитието на детето от неонаталния период (5 ИЛ);
- могат да действат превантивно (5 ИЛ);
- защото ще доведе до по-високи резултати за цялата система (8 ИЛ);
- те са отговорни за здравето (1 ИЛ).

От отговорите на ИЛ, които посочват „не” като възможност (общо 18%), могат да се систематизират следните причини: дават насоки за друг специалист; не са специалисти в тази област; има други специалисти. Педиатърът остава основна фигура, първата, която приема семейството и като такава, трябва точно и конкретно да се изяснят нейните функции, за да има яснота във връзката ѝ с други специалисти и изобщо да бъде част от една подобна система. Във Франция, за ранно разпознаване на симптоми на аутизъм, се обучават основно педиатри, за да може максимално рано да се установят симптоми, които в последствие може да доведат до нарушение.

13. Смятате ли, че консултирането на деца с нарушения изисква преди всичко консултиране на родителите?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да	69	86,3	86,3
	По-скоро да	11	13,8	13,8
	Общо	80	100,0	100,0

Таблица 15. Консултиране на родителите

Отговорите допълват тези от въпрос №4 (влияние на семейството) и 86,3% от анкетираните са категорични (а 13,8% са посочили „по-скоро да“), че нарушението при детето изисква преди всичко консултиране на родителите. Това ясно показва нуждата от добре работеща система, в центъра на която е семейството, не само детето. Тук, важен е подходът към семейството, защото срещата с вината, съпротивата, тревогата (вж. предходния въпрос) предполагат поемане на всички въпроси и удържане на семейството (по смисъла на психоаналитичния дискурс), с цел задвижване на промените и изясняване на причините за настоящата ситуация. Липсата на отрицателни отговори по този въпрос разкрива професионалната убеденост на специалистите, но друг е въпросът какво се случва в практиката и работата с родителите случва ли се?

Известна яснота дават някои уточнения по въпроса, систематизирани по следния начин:

- родителите не разбират какво се случва с детето им и ако не са включени следва или повишена тревога, или negliжиране на проблема;
- нуждаят се от посока на работа, от усещане за включеност;
- те са най-важни за развитието на детето.

Както за теоретичната, така и за емпиричната част, централно търсене бе свързано с обособяването на педагогическото консултиране, говорейки за ранна детска възраст (до 5 г.).

14. Според Вас, необходимо ли е педагогическото консултиране да се обособи като отделно поле, в работата с родители на деца с нарушения в развитието?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да	38	47,5	47,5
	По-скоро да	31	38,8	38,8
	По-скоро не	11	13,8	13,8
	Общо	80	100,0	100,0

Таблица 16. Педагогическото консултиране като отделно поле

Отсъствието на посочили отговор „не“ и малкият процент, отбелязали „по-скоро не“ (13,8%) показва отново категоричност в мненията на специалистите (47,5% са посочили „да“ и 38,8% са посочили „по-скоро да“), което препраща към необходимостта да се придаде конкретна форма на процеса на педагогическо консултиране и изясняване на основните му параметри. Това е първият от серия въпроси, които имат за цел да проследят дали се провежда педагогическо консултиране, има ли нужда от него, кой го реализира. Очертаването му като поле по-скоро се свързва с обособяване в дейността на отделни специалисти, които срещат семейства и деца с нарушения. Идеята, защитена и в теоретичната част, не е да се създава длъжност „педагогически консултант“, защото педагогическото консултиране вече е част от дейността на различни специалисти, а да се обособи като поле в тяхната дейност, през призмата на определен подход и с ясното съзнание докъде се простират компетентностите им и дали достигат.

Резултатите от въпрос №15 допълват изведеното твърдение.

15. Кой, според Вас, може да реализира педагогическо консултиране?	Отговори		Процент на анкетираните
	Брой	Отн. дял в %	
Педиатър	9	7,4	11,3
Психолог	14	11,4	17,3
Педагог	25	20,5	31,3
Логопед	18	14,8	22,5
Всеки един от гореизброените	19	15,6	23,8
Всеки един от гореизброените, но след придобиване на допълнителна квалификация	37	30,3	46,3

Общо	1 22	10 0,0	152,5
------	---------	-----------	-------

Таблица 17. Специалисти, реализиращи педагогическо консултиране

Най-високи резултати се отчитат за педагог (31,3%) и за всеки един от гореизброените, но след придобиване на допълнителна квалификация (46,3%). Педагогическото консултиране, като функция на педагогическата наука, естествено се осъществява от педагози, но въпросите на отглеждането и възпитанието на детето с нарушение до 5-годишна възраст, срещат семейството с различни специалисти, които също са ангажирани с тези въпроси. Квалификацията е необходима, за да се професионализира практиката на педагогическото консултиране, без да се смесват професионалните полета.

Логопедът (22,5%) и психологът (17,3%) отново са изведени като ключови фигури, но прави впечатление ниският процент, посочили педиатъра (11,3%). До тук, неговата важна функция бе изведена, а резултатите от този въпрос дават възможност да се направи и уточнението, че педиатърът е важна фигура в системата на работа със семейства на деца с нарушения, но по-скоро следва да се мисли като специалист, който разпознава и съответно насочва родителите.

Резултатите от следващите два въпроса (16 и 17) ще бъдат разгледани заедно, тъй като представят мненията по изведения модел (Схема 1).

16. Как бихте оценили модела, представен в Схема 1?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Не мога да преценя	8	10,0	10,0
	По-скоро НЕ е ефективен	5	6,3	6,3
	По-скоро Е ефективен	3	41,3	41,3
	Ефективен е	3 4	42,5	42,5
	Общо	8 0	100,0	100,0

Таблица 20. Оценка на модела

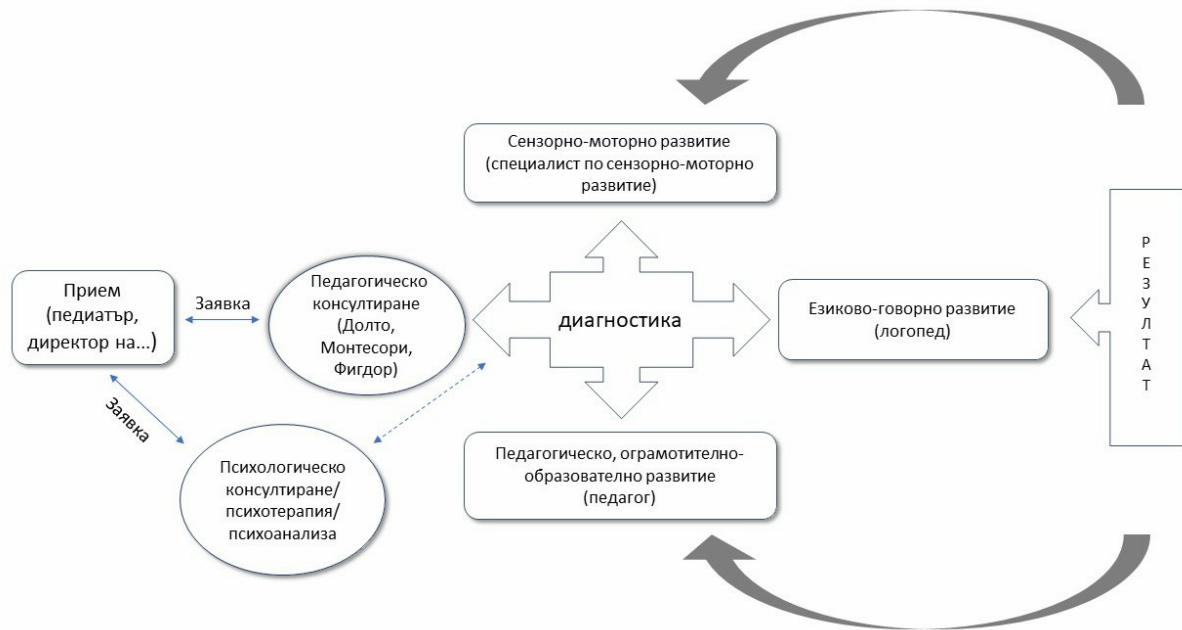
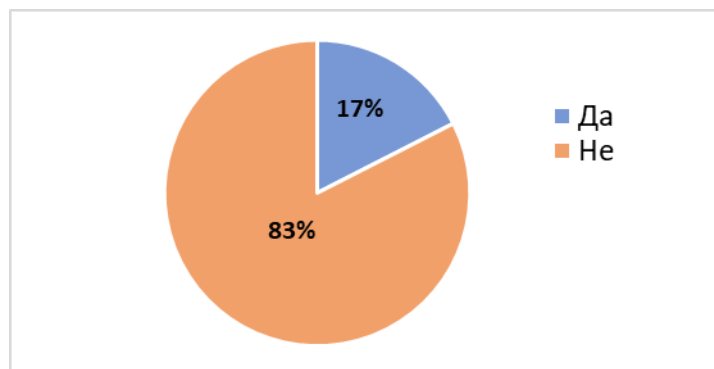


Схема 1. Модел на ПК

17. Бихте ли променили нещо в модела, с цел неговото оптимизирането – какво?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да, (уточнете)	1	17,5	17,5
	Не	6	82,5	82,5
	Общо	8	100,0	100,0

Таблица 21. Оптимизиране на модела



Фигура 5. Оптимизиране на модела



Въпрос №16 изисква оценка на представения модел, като резултатите показват, че 41,3% го оценяват като по-скоро ефективен и 42,5% като ефективен. Само 6,3% считат, че не е ефективен. Цели 10%, обаче, не могат да отговорят, което води до въпроса защо: поради трудност в разбирането, липса на познание или липса на интерес. И трите тенденции са обезпокоителни и следва да се мисли за развитието на специалистите.

Въпрос №17 допълва резултатите, като 83% не биха променили модела, но в този контекст по-ценни са препоръките, дадени от 17,5% от анкетираните лица, които са систематизирани по следния начин:

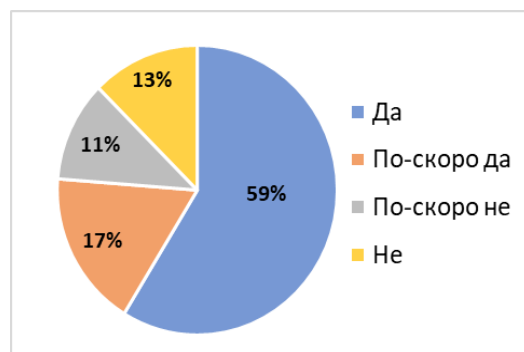
- да се изясни и направи специално място на семейството;
- да се намалят участниците, но да се акцентира повече върху квалификацията на останалите специалисти;
- да се включат повече специалисти, за да се разшири мрежата на подкрепа;
- да се изведе ресурсът на детето.

*Препоръките засягат няколко области, описани подробно в теоретичната част, които поради спецификите на графичното представяне, трудно се забелязват, но тези области заслужават специално внимание: 1. Роля на семейството и ресурс на детето. 2. Квалификация на специалистите, независимо от професионалното поле на дейност. Двете области са взаимозависими и следва да се разглеждат в единство.*

Въпроси №19 и №20 са насочени директно към практиката на специалистите и полето на педагогическо консултиране.

19. Провеждате ли педагогическо консултиране с родители на деца с нарушения?		Отговори		Валиден процент
		Брой	Отн. дял в %	
Валидни стойности	Да, (обосновете кратко)	47	58,8	58,8
	По-скоро да, (обосновете кратко)	14	17,5	17,5
	По-скоро не	9	11,3	11,3
	Не	10	12,5	12,5
	Общо	80	100,0	100,0

Таблица 25. Провеждане на педагогическо консултиране



Фигура 7. Провеждане на педагогическо консултиране

Започвайки с отрицателните стойности, може да се отбележи, че малка част от изследваните лица са посочили отговор не (12,5%) и по-скоро не (11,3%), в противовес на положителните стойности – 17,5% са отбелязали по-скоро да и 58,8% да. Сред положително отговорилите, могат да се открият следните тенденции:

- насоки за работа с логопед или психолог, насоки за съвместни дейности у дома с детето, за домашни занимания, за интереси на детето;
- с цел по-добро осъзнаване и разбиране на проблема;
- предоставяме пространство на родителите да изразят своите притеснения;
- ежедневно, неформално.

Тенденциите в отговорите по-скоро насочват към практиката на педагогическо консултиране през лично виждане, а не през единен професионален стандарт. Това отново препраща към схващането за педагогическо консултиране в ранна детска възраст и механизмите за неговото реализиране.

Начинът на работа на специалистите зависи от парадигмата, през която реализират своята работа. Въпрос №20 въвежда в тази тема.

20. През каква парадигма реализирате Вашата работа?	Отговор	
	Брой	%
Любов, търпение, внимание, приемане и подкрепа; приятел съм с децата	14	7,5
През собствения си опит	9	1,3
По различни начини, според ситуацията	8	0,0
Педагогическа	6	,5
Позитивна психология/терапия	5	,25
Не знам, не мога да отговоря	5	,25

Рационална	6	7,5
Когнитивно-поведенческа	4	5,0
Индивидуална работа с всяко дете	4	5,0
Психодинамична	4	5,0
Разговор и общуване с родителите	4	5,0
Държавни образователни стандарти	3	3,75
Холистичен	2	2,5
Синергетическа педагогика	2	2,5
Психоаналитична	2	2,5
Либерално възпитание	1	1,25
Парадигма на постоянно учене и усъвършенстване	1	1,25
Общо	80	100,0

Таблица 26. Парадигма на работа

Макар получените резултати да са близки (като процентни стойности), могат да систематизират по следния начин, за да се открият тенденции:

- най-висок процент са посочили „любов, търпение, внимание, приемане и подкрепа; приятел съм с децата“ (17,5%) – следва да се отбележи, че посоченото от анкетираните са качества и умения, които точно дефинират отношението им към детето и работата с него, но не дават представа за професионалната парадигма на работа;

- близки са резултатите на отговорите „през собствения си опит“ (11,3%) и „по различни начини, според ситуацията“ (10%) – това, на първо място, поставя още един въпрос – Как се тълкува „собствен опит“ – дали става дума за личен или за професионален. Тъй като липсват уточнения, се приема, че става дума за съвместимост. Това може да се свърже и с другия посочен отговор, който показва, че понятието парадигма се схваща като начин на работа, определен от съответната ситуация. Това се забелязва и допълва в следващите резултати: „индивидуална работа с всяко дете“ (5%), „разговор и общуване с родителите“ (5%), „държавни образователни стандарти“ (3,75%), „парадигма на постоянно учене и усъвършенстване“ (1,25%) – освен разбиране през личното схващане за професионална дейност, се появява и идеята, че по-скоро въпросът не е разбран;

- „педагогическа“ (7,5%), „рационална“ (7,5%), „позитивна психология/терапия“ (6,25%), „когнитивно-поведенческа“ (5%), „психодинамична“ (5% - като в допълнение има още 2,5% посочили психоаналитична), „холистичен“ (2,5%), синергетическа

педагогика (2,5%), либерално възпитание (1,25%) – наблюдава се конкретно посочени професионални парадигми;

- „не знам, не мога да отговоря“ (6,25%) – тълкуването препраща към нивото на професионализъм в определени организации и схващането за професионално отношение и качество на работата.

### 3.2. Изводи

1. Налице е разбиране за връзката между понятия, но те често се използват като синонимни (детето с нарушение се възприема по-скоро в контекста на категорията СОП и диагнозата разстройство) и липсва точна дефиниция за понятието „дете с нарушение“.

2. Отчита се влиянието на семейната среда и появата на нарушение при детето.

3. Като основна трудност пред родителите на деца с нарушения в развитието се извежда неговото отглеждане и възпитание.

4. Нарушението на детето най-често се забелязва във възрастта 2-4 г., но липсва ранно разпознаване на симптомите.

5. Основен субект в системата на ранна грижа е педиатърът (необходимостта от неговото участие е категорична), следван от фигурите на педагог, логопед и психолог.

6. Липсва знание, система за установяване на нарушение и насочване.

7. Налице е категорична убеденост за необходимостта от работа с родители, при установяване на нарушение в развитието на детето, но добрият резултат от работата зависи от връзката специалисти-родители-дете.

8. Извежда се необходимост от отграничаване полето на педагогическо консултиране в контекста на различни професионални полета.

9. *Специалистите от полето на ранно детско развитие провеждат педагогическо консултиране, но няма единно и ясно виждане за процеса. Реализирането му по-скоро се случва през лично виждане, а не през професионални стандарти и парадигма на работа.*

10. *Представеният модел се оценява и определя като ефективен и работещ, не само по посока на превенция, но и по посока на развитие.*

**В резултат на проведените анализи на теоретично и емпирично равнище в полето на ранното детство могат да се изведат следните 3 основополагащи параметъра на предложения модел на практико-приложно ниво:**

- **Условия** – разбирани в контекста на семейната и не-семейна среда, като определящи за развитието на детето (с нарушение до 5 г.); такива условия са: възпитание според потребностите на детето; връзка между родители-специалисти; родителите да са включени в процеса на работа с детето, като се даде пространство за техните въпроси и тревоги, през разбирането, а не осъждането; разбиране на възпитанието през несъзнаваните детерминанти за неговото случване;

- Това се постига благодарение на връзката педагогика-психоанализа, която допринася и за оличностяването на детето с нарушение, посочвайки основните **етапи на превръщането му в субект**: разбиране на детето през неговите симптоми, проследяване на връзки, отношения, опит; планиране на работата според неговите потребности; търсене на постоянна промяна в условията и средата му, чрез екипност и взаимодействие и оличностяването на самия специалист – с признаване и разбиране на собствените емоции,

конфликти, контратрансфери, възникващи в работата и тяхното отработване, гарантиращо обективна позиция.

• **Професионализъм** на специалистите – в така създадения и приложен модел се изисква: педагогическа квалификация в областта на ранното детство, познаване на педагогически теории за възпитанието и психоаналитична квалификация, разбираана като избор на подход и развиване на опит в полето; акцентът не е толкова върху университетската подготовка, а върху личната и институционална грижа за усъвършенстване на уменията – избор на модел и парадигма на работа, участие в обучения, супервизии и интервизии *или* последователен процес на професионално развитие, следващ професионалния избор, а не реакция „според ситуацията, според детето“.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното детство, със своите специфики и предизвикателства, изисква система на работа, адекватна на потребностите на децата и семействата. Начинът, по който се мисли за децата с нарушения в тази възраст, е определящ за начина на работа с тях и не само – изгражда се образ, чрез който биват разпознавани и в обществото. Ако в миналото, всички деца с показатели извън нормата, са били определяни като „увредени“, то днес е настъпил момент, в който понятията и категориите да бъдат ясно разграничени, с поглед към ресурса на детето с нарушение и способността му да реагира на различни ситуации. Защото не винаги нарушението е път към диагноза, а напротив, нарушението, разглеждано като съвкупност от симптоми, е апел, въпрос, предпоставка за промяна (в семейната среда, отношенията).

Но в настоящия момент, липсва разбиране за детето с нарушение, както и наложен, утвърден модел на работа<sup>43</sup>, което значително затруднява качеството на грижа. Нишката деца-родители-специалисти е накъсана и това неминуемо забавя работата. В този контекст, се разкрива и актуалността на въпроса за педагогическото консултиране на родители на деца с нарушения (до 5 г.), като инструмент за подкрепа на семействата в ранна възраст. Наложен и утвърден за работа с деца в училищна възраст, следва неговото прецизиране и за ранна такава, поради ресурса, който притежава и посоките, в които действа, а те са най-общо две: (1) *превенция* – на нарушенията, чрез работа на специалистите със семействата и техните възпитателни нагласи и методи; (2) *интервенция и развитие* – точно дефиниране на нарушенията, в контекста на семейната динамика и преразглеждане на нарушението като шанс за промяна и развитие не само на детето, а на цялото семейство. Включването на семейството в работата е не само важно и необходимо, но задължително.

Проведеното теоретико-емпирично изследване показва, че това е възможно и доказва необходимостта от разработването и прилагането на концептуален модел, осигуряващ гъвкава връзка между специалистите и специалисти-родители, която затваря цикъла на работа с детето и гарантира бързо, адекватно насочване и качество на работата.

---

<sup>43</sup> Зависещ от условията, но и от желанието на субектите, включени в грижата за ранното детство.

Емпиричната част *потвърждава изследователската хипотеза* и извежда, в допълнение, още един елемент, а именно професионализма на специалистите. Или, всяка ангажирана в модела страна, трябва да участва по възможно най-пълноценния начин, което налага специалистите да работят през единно схващане за нарушението на детето и да се грижат за усъвършенстването на професионалните си умения, отвъд личния опит.

Така, могат да се отправят и някои **препоръки**, по посока на:

1. Системата на работа в ранното детство изисква непрекъснато усъвършенстване и работа в цялост, а не „на парче“, както често се случва.
2. Разработване на адекватни модели, които да се грижат за ранното хващане на нарушение (не само в контекста на образователната и обучителна дейност) и последващата работа – от насочването до приключването на случая.
3. Задължително включване на семейството, при установяване на нарушение на детето, като ключов елемент за разбирането на детето.
4. Установяване на стандарти и изисквания за реализиране на педагогическо консултиране в ранна детска възраст.
5. Обособяване на педагогическото консултиране като самостоятелно поле, дейност, в контекста на значими фигури (педагози, възпитатели, педиатри, психолози, логопеди и др.), пряко ангажирани в работата с децата с нарушения.

#### **Приносни моменти на дисертационния труд:**

1. Реализирано е теоретично изследване в областта на педагогическото консултиране в ранна детска възраст, обосноваващо съответствието и синергията между съвременните педагогически и психоаналитични подходи в работата с родители на деца с нарушения в развитието до 5 г.
2. Дефинирана е същността на педагогическото консултиране като сложен, динамичен процес по въпросите на отглеждане и възпитание на детето и трудностите, които родителите срещат (потенциални предпоставки за нарушение), а чрез систематизиране спецификите на възрастта до 5 г. е очертана ключовата роля на семейството, на което детето с нарушение е симптом. Обосновани са оптимални възпитателно-формиращи условия за превръщането на Детето в Субект на собственото му развитие.
3. Създаден е авторски, концептуален психоаналитичен модел за педагогическо консултиране като инструмент за различни специалисти от системата на работа с деца с нарушения в развитието (до 5 г.).
4. Реализирано е комплексно емпирично изследване на няколко нива (експертно проучване сред експерти и други специалисти, работещи в системата на грижа за деца до 5 г.; анализ на случаи от практиката; анкетно проучване сред специалисти, подкрепящи ефекта от приложението на модела на педагогическото консултиране в практиката), което доказва необходимостта от определени професионални параметри в подготовката и квалификацията на специалистите.
5. Структурираният психоаналитичен модел за педагогическо консултиране е апробиран в български условия.

## Библиография

1. Банова, В. (2016). Компоненти на семейните политики във Франция. В: *Доклад „Визия за семейна политика в подкрепа на децата и семействата в България. Мненията на родителите, опитът на Европа и гледната точка на психоанализата”*.
2. Банова, Б. (2016). Семейството и неговите функции от гледна точка на психоанализата. В: *Доклад „Визия за семейна политика в подкрепа на децата и семействата в България. Мненията на родителите, опитът на Европа и гледната точка на психоанализата”*.
3. Банова, В. (2020). Думите, които успокояват. Думите, които тревожат, *Практическа педиатрия*, бр. 1, 6-10.
4. Банова, В., Тончева, В. (2020). Влияние на виртуалната реалност върху психичното развитие на детето от 0 до 3 години, *Практическа педиатрия*, бр. 1, 10-14.
5. „Бащите говорят!”. Конференция за цялото семейство. (2019) - <https://animusassociation.org/bashite-govoriat/> (26.04.2020)
6. Богданова, М. (2010). *Не-желаното майчинство във фокуса на социалната работа*. София: „Авангард Прима“.
7. Богданова, М. (2013). *Да разберем детето със специфични потребности*. Разград.
8. Богданова, М., Букурова, М. (2014). *Жестомимика за бебета*. София: Авангард Прима.
9. Богданова, М., Лазник, М-К. (2016). Психоанализа с бебета в риск от аутизъм. – В: *Идентичност и различия*, 28-44.
10. Богданова, М. (2017). *Бебето, детето и техният език*. София: Авангард Прима.
11. Бояджиева, Н. (2015). Съвременни измерения на принципите на възпитанието. В: *Образование и възпитание за утре*, 358-374.
12. *Български тълковен речник*. (2018). София: Наука и изкуство.
13. ВЪТОВ, В., (2013). „Не чувствам детето, което родих, като свое“. В: *Работа в екип със страдащото бебе и дете*, 74-79.
14. Джонев, С. (2015). *Качествени методи за изследване в социалните науки*. София: Ен Джи Би Консултинг.
15. *Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства (DSM-V)*.
16. Долто, Ф. (2006). *Всичко е език*. София: Колибри.
17. *Закон за закрила на детето*, Обн. ДВ. бр.48 от 13 Юни 2000г., посл. изм. и доп. ДВ. бр.71 от 11 Август 2020г.
18. *Закон за народната просвета*, Обн. ДВ. бр.86 от 18 Октомври 1991г., посл. изм. ДВ. бр.80 от 16 Октомври 2015г.
19. *Закон за предучилищното и училищно образование*, Обн., ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 1.08.2016 г.
20. Иванов, С. (2014). Професионално-личностни качества на педагогическите съветници и етапи в консултативната им дейност, *Педагогически новости*, бр.2014.
21. *Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН*, Ратифицирана със закон, приет от 41-ото Народно събрание на 26 януари 2012 г. - ДВ, бр. 12 от 2012 г. В сила за Република България от 21 април 2012 г.
22. Креспен, К. (2018). *Вслушване в думите на малките*. София: Авангард Прима.

23. Лазарова, Р. (2020). Общо 35% от децата се диагностицират погрешно като аутисти или с дислексия - <https://novini.bg/zdrave/bolesti/583205?comment=old&page=1> (22.10.2020)
24. Лакан, Ж. (2011). *За Имената-на-Бащата*. София: Сиела.
25. Лапланш, Ж., Понталис, Ж.-Б. (2014). *Речник на психоанализата*. София: Колибри.
26. Маминашвили, Г. (2016). Медицинската диагноза и нейното влияние върху работата в Зелената къща. В: *Работа в екип със страдащото бебе и дете*, 70-73.
27. Манони, М. (2006). *Изоставаното дете и неговата майка*. София
28. *Международна класификация на болестите 10-а ревизия* (МКБ-10), последно издадена януари 2007 г.
29. Мерджанова, Я. (2018). Синергетическа педагогика – извори за връзката с децата. В: *Детето и педагогиката*, 33-41.
30. *Наредба № 6 от 19 август 2002 г. за обучението на деца със специални образователни потребности и/или хронични заболявания*.
31. *Наредба 1 от 23 януари 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания*.
32. *Наредба за приобщаващото образование*, Приета с ПМС № 286 от 04.11.2016 г., в сила от 27.10.2017 г.
33. *Наредба № 15 от 22 юли 2019 г. за статута и професионалното развитие на учителите, директорите и другите педагогически специалисти*.
34. *Национален план за интегриране на деца със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания в системата на народната просвета*.
35. *Национална стратегия за равни възможности за хората с увреждания (2016-2020)*.
36. *Около 100 деца на година са диагностицирани с аутизъм у нас*. В: Новинарска емисия на БиТиВи - <https://btvnovinite.bg/bulgaria/okolo-100-deca-na-godina-sa-diagnosticirani-s-autizam-u-nas.html> (8.12.2018)
37. Полнарева, Н., Терзиев, Д. (2007). *Психиатрия, психология и психотерапия*. София: УИ Медицина.
38. *Правилник за прилагане на Закона за народната просвета*, Обн. ДВ. бр.68 от 30 юли 1999г., посл. изм. ДВ. бр.74 от 5 Септември 2014г.
39. Роа, Д. (2001). Симптомът. В: *Психоаналитичен семинар на Фройдистко поле в България*, 21-24.
40. Сежер, М. (2013). *Малкото училище – голямото начало*. София: Колибри.
41. *Семеен кодекс*, Обн. ДВ. бр.47 от 23 Юни 2009г., посл. изм. ДВ. бр.101 от 27 Декември 2019г.
42. Татъзов, Т. (1995). *Въздействие чрез взаимодействие. Програма за възпитателна работа с деца до 3-годишна възраст*. София: Даниела Убенова.
43. Татъзов, Т., Витанова, Н. (2004). *Психодиагностика на детското развитие*. София: „Веда Словена – ЖГ“.
44. Татъзов, Т., Пръвчев, В., Гатев, В., Костов, В. (2009). *Педагогическо ръководство в помощ на детските ясли, обединените детски заведения и домовете за медико-социални грижи за деца*. София: Даниела Убенова.
45. Уиникът, Д. (2008). *От педиатрия към психоанализа*. София.
46. Учреден бе Алианс за ранно детско развитие. - <https://uni.cf/21TI0nI> (16.03.2019)
47. Цонева, Н. (2012). *История на детските градини в Павликени*. - <http://www.museumpavlikeni.com/DOC/2012-DetGradini.pdf> (22.10.2020)



48. Фигдор, Г. (2000). *Психоаналитическая педагогика*. Москва: Издательство на Института по психотерапия.
49. Britzman, D. (2013). What gives between psychoanalysis and education?, *Journal of the American Association for the Advancement of Curriculum Studies*, vol.9.
50. Caviston, P., 2018. Review of The Mother in Psychoanalysis and Beyond: Matricide and Maternal Subjectivity. *Studies in the Maternal*, 10(1), 3.
51. Ellenbogen, M., Hodgins, S. (2004). The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: a family-environmental pathway of intergenerational risk - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15115067> (30.06.2019)
52. Hall, G., Hivernel, F., Morgan, S. (2009). Theory and practice in child psychoanalysis, An introduction of the work of Françoise Dolto, 1-27.
53. Horst, K., Albani, C., Pokorny, D. (2015). From a psychoanalytic narrative case study to quantitative single-case research, *Psychotherapy research*, 367-379.
54. Kanner, L. (1943). Autistic disturbance of affective contact, *The nervous child*, Vol.II, 217-250.
55. Klitzing, K., Dohnert, M., Kroll, M., Grube, M. (2015). Mental disorders in early childhood, *Deutsches Arzteblatt International*, 112(21-22): 375–386.
56. Lubbe, T. (2000). *The borderline psychotic child*. London: Routledge.
57. Mannoni, M. (1987). *The child, his illness and the Others*. London: Karnac.
58. Metzl, M. (2003). From Sociology To Psychoanalysis: The Works Of Nancy J. Chodorow. - <https://www.apadivisions.org/division-39/publications/reviews/chodorow> (8.12.2018).
59. Midgley, N. (2008). The ‘Matchbox School’ (1927–1932): Anna Freud and the idea of a “psychoanalytically informed education”, *Journal of Child Psychotherapy*, vol 34, 23-42.
60. Sansone, A. (2018). *Mothers, babies and their body language*. New York: Routledge.
61. *Teaching students with autism. A Resource Guide for Schools*. (2000). British Columbia. Ministry of Education.
62. Willemsen, J., Rosa, E., Kegerreis, S. (2017). Clinical case studies in psychoanalytic and psychodynamic treatment - <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00108/full#h6> (26.04.2020)
63. Fanello, S, Hassani, A., Meunier, B, Dagherne, C., Parot, E. (2007). Consultation du nourrisson en PMI: enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français, *Dans Sante Publique*, 9-18 - <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-9.html#> (23.06.2019)
64. Miller, J. (2004). Pièces détachées. - <https://www.scribd.com/doc/166445600/J-A-Miller-Pieces-detachees-Cours-2004-2005> (9.12.2018)

### Публикации по темата на дисертационния труд

1. Петкова, Е. (2017). Модели и практики за работа с деца със специфични потребности – В: *Социална работа*, 1(V), 58-69 (<http://www.swjournal-bg.com/article.php?id=56>)
2. Пумпалова, Е. (2019). Предизвикателствата на съвременното възпитание. В: *Педагогика*, 6(XCI), 835-848 (ISSN 0861 – 3982)
3. Пумпалова, Е. (2020). Педагогическото консултиране като инструмент на социалния работник в полето на работа с деца и семейства – В: *Социална работа* (под печат).