



ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ В РАБОТАТА НА ЛОГОПЕДА
ПРИ ДЕЦА С ИЗМЕНЕНИЯ НА ОРАЛНО-МОТОРНИТЕ
И ХРАНИТЕЛНИТЕ МЕХАНИЗМИ

Марина Маринова¹

THERAPEUTIC APPROACHES IN THE SPEECH THERAPIST'S
WORK CONCERNING CHILDREN WITH IMPAIRED ORAL-MOTOR
AND NUTRITIONAL MECHANISMS

Marina Marinova

Abstract: *The object of treatment in nutritional therapy are impaired oral-motor and nutritional mechanisms. These pathological changes can affect not only eating, but also speech. The current study tracks and classifies the types of eating disorders according to the causes of their occurrence. They are divided into three groups: organic, functional, and secondary as a result of a primary syndrome.*

Organic disorders include congenital maxillofacial abnormalities – clefts of the lips, the soft and hard palate. In early childhood, children with similar defects experience difficulties in food intake and swallowing. What is noticed as a secondary disorder is a delay in babbling and phrasal speech, the inability to articulate some sounds depending on the nature of the organic malformation, as well as changes in the timbre. The problem is solved surgically, but nevertheless it is necessary to work with a speech therapist and to conduct nutritional therapy in order to restore the proper functioning of the muscles.

Changes in the oral cavity can also occur under the influence of bad childhood habits that affect the functions of facial, chewing, and tongue muscles. The period of practicing these habits often coincides with the period when milk teeth are replaced by permanent teeth, which leads to permanent changes in the bite. These changes hinder the proper chewing of food, whereas in terms of speech, the alveodental sounds are affected. Examples of bad childhood habits are thumb or pacifier sucking, mouth breathing, and infantile swallowing.

Cerebral palsy in children and the Down syndrome are considered part of the group of syndromes, as a result of which a secondary eating disorder occurs. They are characterized by overall muscle tone changes, which is why the muscles of the maxillofacial apparatus are also affected. What can occur depending on whether the tone is reduced or increased are difficulties in opening and closing the lower jaw, problems with the retention and swallowing of food in the oral cavity, sensitivity to different consistencies, etc.

In order to cope with eating disorders, the therapist uses a range of various methods and techniques, which can be commonly referred to as 'oromotor therapy'. It helps to change already formed pathological mechanisms and to influence the facial muscle sensors, kinesthetic sensations, and tone. Various types of massage techniques, oral gymnastics, initial feeding, etc. are described along with the methods and techniques presented.

Keywords: *nutritional therapy; speech therapy; oral-motor mechanisms; nutritional mechanisms; nutrition.*

¹ **Марина Маринова** – бакалавър по предучилищна педагогика във ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Велико Търново, България, e-mail: mmarinova655@gmail.com

ВЪВЕДЕНИЕ

Храненето, като жизненоважна функция на човека още от неговото раждане, е обект на множество изследвания с различна насоченост. Въпреки това неговите нарушения поражда редица въпроси, които най-често са насочени към начините за регулация на орално-моторните и хранителните механизми като превенция и терапия на говорното нарушение.

Според Елена Бояджиева-Делева, автор на монографията „Оромоторна логопедична терапия: теоретични аспекти и практическо приложение“, „първичната функция на устната кухина е хрането“. В нейния труд подробно са разглеждани и описани различните аспекти от оромоторната терапия, като средство за коригиране на нарушените орално-моторни механизми, както и какво е тяхното влияние върху говора. В подтемата на първа глава, посветена на биомеханиката на движенията, от гледна точка на хранене и проговаряне, тя описва важността на движенията по сукане и преглъщане, които се появяват още в корема на майката. След раждането механизмите се развиват, надграждат и видоизменят докато достигнат до зрелите модели на дъвчене на възрастен индивид. Усъвършенстването на видовете движения и обогатяването на усвоените моторни програми се превръща в подходяща база за възникването на артикулационния и говорния праксис, благодарение на които хората успяват да контактуват помежду си (Бояджиева-Делева 2020: 37).

Разглеждането на нарушенията на орално-моторните и хранителните механизми показва, че тяхната етиология, патогенеза и килинична картина може да бъде разнообразна. Те могат да възникнат както като самостоятелни, така и като вторични – вследствие на вродени синдроми или други придобити нарушения. Също така съществува възможност самите те да се превърнат в предпоставка за появата на говорни отклонения от нормата.

В настоящата разработка ще бъдат представени терапевтични методи, подходи и стратегии за превенция и подкрепа при работа с деца с хранителни нарушения, които се нуждаят от по-задълбочено и обширно проучване и разпространяване сред логопедите.

МЕТОДОЛОГИЯ

Основната цел на научната разработка е теоретичен преглед на способности за терапевтиране на патологично изменени хранителни механизми. Обект са нарушенията на орално-моторните и хранителните механизми, а предмет – терапевтичните методи за работа с нарушения на орално-моторните и хранителните механизми. В рамките на осъществяване на целта е направен опит за систематизиране на нарушенията спрямо етиологията за тяхното възникване, както и извеждане на способите за тяхното отстраняване.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

1. Орално-моторните и хранителни механизми, техните нарушения и влиянието им върху говора на човека

1.1. Нарушения на храненето, предизвикани от органични изменения на лицево-челюстния апарат

Когато се говори за органични лицево-челюстни изменения, предизвикващи хранителни нарушения, най-често се имат предвид вродените цепнатини на устните и или небцето (ВЦУН). Според статистиките в различните региони на света има различно съотношение на раждаемостта на деца с ВЦУН. Така например средно за Европа статистиката сочи 1:500-700 от новородените (Ценова 2019: 129), за Русия от 0,6-1,2:1000 и за САЩ от 0,7-2,3:1000 (Тарасова 2018: 67), а за България липсват точни данни, но се предполага, че са минимум около 90 – 100 от новородените годишно (Ценова 2019: 129).

Този вид органични изменения възникват поради недобро срастване на костите и тъканите на лицево-челюстния апарат във вътреутробния период, като най-критични са между четвъртата и тринадесетата седмици от бременността. Причините за възникването им могат да се разделят на ендогенни и екзогенни:

- Към екзогенните спадат: психическа или физическа травма на майката в първите месеци от бременността, анемия, токсикоза, маточни кръвотечения, хроничен алкохолизъм, непъл-

ноценно хранене (авитаминоза), тератогенни отрови, прием на неподходящи лекарствени вещества, вируси, бактерии, радиационно облъчване (Филичева 2019: 63).

- Към ендогенните спадат: патологична наследствена предразположеност, предходни аборт, неправилно разположение на плода, тумор на матката, ендокринни хормонални разстройства на майката, многоплодна бременност, биологически непълноценни полови клетки (поради вредни навици: алкохолизъм, пушене, наркомания) (Тарасова 2018: 67 – 68).

Проф. Цветанка Ценова систематизира видовете цепнатини, вземайки предвид няколко основни фактора:

- по участък: на мекото небце; на твърдото небце; на устните;
- по разположение: едностранни; двустранни;
- по размер: пълни; непълни;
- по обхват: изолирани; комбинирани.

Различните видове цепнатини могат да се систематизират и по следния начин:

- Изолирани вродени цепнатини на устните: пълни (обхващат алвеолите, горната устна и носното отверстие) и непълни (не достигат до носното отверстие, обхващат само горната устна).
- Изолирани вродени цепнатини на небцето: пълни (преминават през алвеолите, твърдото и мекото небце), непълни (обхващат само мекото небце; обхващат мекото и твърдото небце; обхващат твърдото небце и алвеолите); и комбинирани вродени цепнатини (преминават през устните и небцето) (Ценова 2019: 130 – 132).

След определянето и класифицирането на ВЦУН е важно да се изясни в какво се изразява тяхното влияние върху орално-моторните и хранителните механизми. Тези въпроси са обект на разглеждане от някои руски автори като Г. Тарасова и Т. Филичева. На базата на техните научни трудове, съчетани с тези проф. Цв. Ценова, могат да се оформят изводи относно влиянието на ВЦУН върху храненето на новородените деца. В зависимост от мястото, на което се намира цепнатината, симптоматичните проявления могат да се различават, но във всички случаи проблеми с храненето съществуват. Ако цепнатината обхваща устните, то се засяга способността им да създават вакуум и съответно млякото или храната да бъде задържана в устната кухина. При случаите на новородени с цепнатини на небцето ситуацията се оказва по-сложна. Тези на твърдото небце или алвеолите отварят проход към носоглътката, оттам към носната кухина, където не е препоръчително да попадат храна и течности, защото могат да достигнат до Евстахиевите тръби и да предизвикат възпаление, намаляване и дори загуба на слуха. Ситуацията е подобна, когато говорим за цепнатини на мекото небце. Неговата основна функция при хранене е, когато се осъществява преглъщане, то да послужи като препятствие, което избирателно пропуска храната към фаринкса. Ако то не може да извършва тази дейност, тогава различни частици попадат безразборно във фаринкса, а оттам в трахеята, където предизвикват задавяне и възпаление на бронхите и белите дробове. Такива моменти са животозастрашаващи и изискват бърза и навременна реакция от страна на родителя. Децата кашлят усилено, като се достига дори до повръщане. За да се избегнат подобни инциденти, по време на хранене се използват различни спомагателни пособия като: obturator, небцови пластинки, които да затварят цепнатината, специални накрайници за биберони и сонда (Ценова 2019: 133; Тарасова 2018: 71, Филичева 2019: 64).

От гледна точка на речта и комуникацията е важно да се отбележи, че още в доречевия период се забелязва закъснение на лепетната и фразовата реч, невъзможност за артикулиране на звукове, в зависимост от същността на органичната малформация. Тембърът на гласа се изменя, увеличава се гласовият резонанс, поради липсата на преграда между носната и устната кухина. По-развита е способността за продуциране на задните звукове, благодарение на по-добре укрепналите мускули на корена на езика, вследствие на компенсаторните механизми. Нарушена е прозодиката, поради наличието на дихателни проблеми, произтичащи от лошия контрол над издишната струя и преобладаващото повърхностно, учестено гръдно дишане. В обобщение, речта на децата с ВЦУН е неразбираема, характеризира се със замени и изопачавания, дисфлуентност и назалност, които са предпоставка за възникване и на езикова недостатъчност (Ценова 2019: 135)

В логопедията нарушенията, предизвикани от ВЦУН, са класифицирани в отделна група. Под влиянието на руската литература и до този момент може да се срещне понятието „ринолалия,. То дефинира разстройство на всички компоненти на говора – дишане, фонация, артикулация. Звуковете се произнасят с носов (назален) оттенък, като най-засегнати са гласните звукове (Ценова 2019: 128). Руските автори определят няколко разновидности на ринолалия – отворена органична, отворена функционална, затворена органична и затворена функционална и смесена. От тях най-тежка е отворената органична ринолалия – единствената, при която нарушението на речта е цялостно и е вследствие от ВЦУН. При отворената функционална ринолалия цепнатини отсъстват, но се наблюдава дисфункция на мекото небце, поради което се постига ефекта на хиперназалност. При затворените ринолалии се отчита признака хипоназалност при произнасяне на гласните и носовите съгласни (М, М', Н, Н') поради органични изменения на носните кухини или функционално разстройство на мекото небце (Филичева 2019: 61). В понятийния апарат на съвременната българската логопедия, терминът „ринолалия“ е заменен от „биомеханично говорно нарушение“, чрез който се назовават нарушенията, вследствие на ВЦУН и „ринофония“ – частично говорно нарушение, засягащо гласовите характеристики (Ценова 2019: 128).

Основният метод за отстраняване на патологичната органична особеност е хирургически. Осъществяването на операция обаче не гарантира пълно възстановяване от телесния недостатък. Следва период на терапевтично възстановяване, когато хранителната и логопедичната терапия често се провеждат едновременно. Руските автори разделят периода на работа с деца с ВЦУН на дооперационен и следоперационен. По време на дооперационния период се извършват дейности по превенция срещу по-сериозни изменения във функциите на устната кухина. Правят се упражнения за активизиране на мускулите на мекото небце и устните и нормализиране на положението на корена на езика. Всичко това създава благоприятни условия за повишаване ефективността на операцията и последващите корекционни действия. Следоперационният период започва най-рано 15 – 20 дни след операцията при разрешение от лекуващите лекари. Първите задачи на хранителния терапевт и логопеда са да възстановят правилната подвижност на мекото небце, устните и езикът, да се регулира координацията на дишане по време на хранене и говор и да се формира самоконтрол при преглъщане. Впоследствие се работи върху подготовката за правилна артикулация на всеки един от звуковете и отстраняване на назалния оттенък. За да се постигнат тези цели, се прилага масаж върху мекото небце и езика, имитационни движения за преглъщане, артикулационна терапия и дихателни упражнения (Тарасова 2018: 84 – 85; Филичева 2019: 79 – 83).

1.2. Функционални нарушения на храненето, предизвикани от вредни детски навици

Развитието на устната кухина и в частност на зъбните дъги продължава до края на периода на подмяната на млечните зъби с постоянни (между 7-та и 12-та година). До този момент могат да настъпят изменения, които да повлияят на орално-моторните, хранителните и впоследствие на речевите механизми (Мавлов, Боянова 2007: 69). Причините, които водят до тези състояния, са различни – както генетична предразположеност, така и външни фактори като здравословно състояние, начин на хранене и тип приемана храна, степен на невро-мускулна функция на мимическите, дъвкателните и езиковите мускули, дисфункции на носната кухина и не на последно място – вредни детски навици. Вредните детски навици могат да бъдат определени като „повтарящи се движения на определени мускулни групи, които нямат физиологична функция, но водят до усещане за удовлетвореност“ (Бояджиева-Делева 2020: 72). Измененията, до които водят, са няколко основни вида: прогнатия, прогения, отворен прикус, кръстосън прикус, диастема и неправилен зъбен ред.

Характерно за вредните привички е, че възникват към края на кърмаческия период и се закрепват трайно след третата година. Обикновено са резултат от погрешни възпитателни модели, психо-емоционална потребност, автоматизирани механизми след прекарани вирусни инфекциозни заболявания и др. Тяхното трайно закрепване затруднява терапевтирането им от специалистите. Към вредните детски навици спадат: смукането на палец и биберон; дишане през устата; инфантилно гълтане и хранене до късна възраст с пюрирани храни.

1.1.1. Смукане на палец и биберон

Смукането на палеца може да бъде забелязано още докато бебето е в корема на майката – след 12-та гестационна седмица. През първите месеци смукането е част от сукателния рефлекс. Много от родителите дават на децата си биберони в бебешка възраст и са известни редица позитиви от използването им – стабилизиране на дишането, стимулиране на оромоторната функция, успокояване, намаляване на риска от синдрома на внезапната смърт (смърт на деца до 1 г. по време на сън без видима причина). Тези ползи обаче са налице до края на първата година, след навършването ѝ се наблюдава обратното влияние – използването на залъгалка се превръща във вреден навик, който ако бъде трайно закрепен, води до различни дентални малоклузии и абнормалности на устната кухина. Смята се, че ако тази привичка бъде неутрализирана до третата година, вероятността от нарушения е значително по-малка, отколкото ако бъде пренесена в училищна възраст (Бояджиева-Делева 2020: 78).

Типичните резултати от извършването на този акт са: портрузия на предните горни зъби (приемане на дъговидна форма по размера на палеца); компресия на долната челюст (стесняване на челюстта); субпозиция на горните зъби (издаване напред при дълбока захапка, когато горните зъби покриват долните); инфрапозиция на долните зъбите (по-ниска позиция и дори непълно израстване поради непрекъснатия натиск отстрана на външните обекти попаднали в устната кухина); вестибуларна кръстосана захапка (горните странични зъби са навътре спрямо долните); готическо небце (твърдото небце е високо, извито и дълбоко); изменение положението на езика; промяна в осанката; изменение на палците (Никанорова, Атаева 2020: 58 – 60).

1.2.2. Дишане през устата

Правилното дишане е от изключително значение за доброто развитие на лицево-челюстния апарат. При раждането долната челюст е в дистална позиция, като постепенно, благодарение на сукателните процеси, тя заема медиална, осигурявайки пространство за преминаване на въздуха през фаринкса. В бебешка възраст, по време на кърмене, съществува координация между процесите сукане, гълтане и дишане, при която детето поема въздух само през носа. Ако носът на бебето е запушен, храненето бива затруднено и съпътствано от задавяния, повръщане, колики, раздразнение, плач и неспокоен сън (Бояджиева-Делева 2020: 73).

С израстването е възможно да се появят причини, поради които детето изпитва затруднения да диша през носа. Когато това е моментно – като в периодите на вирусни инфекции, причиняващи запушване на носа, устното дишане не е фатално за формирането на челюстните дъги, но превръщането му в постоянен навик, се отразява неблагоприятно и води до настъпването на изменения, засягащи хранителните механизми и говора. В руския логопедичен труд „Корекция речи у детей: взгляд ортодонта“ е дадено много точно описание на клиничните признаци външния вид на децата (аденоиден фациес), при които се наблюдава вредният навик устнено дишане. Те могат да бъдат преведени така: „устата на детето е постоянно полуоткрита, при дишане се забелязва напрежение в крилете на наоса, и изменение в конфигурацията на ноздрите. В състояние на физиологически покой се забелязва увеличение на долната една трета от лицето. При такива деца раменете са смъкнати, цвета на лицето е блед, те постоянно си облизват устните, в резултат на което те често се напукват.“ (Костина, Чапала 2008: 9).

Сред причините, предизвикващи устнено дишане са: хроничен алергичен ринит; хронично увеличение на небцови или трета сливица; продължително кърмене и употреба на залъгалка (след 18 м. възраст); органични изменения на носната кухина (Бояджиева-Делева 2020: 73).

Те водят до следните изменения в лицево-челюстния апарат: недоразвити челюстни дъги и струпване на зъбите; готическо небце; изпъкване на горната алвеоларната дъга напред; компресия (стесняване) на страничните сегменти на алвеоларната дъга; стесняване на носната кухина и околоносните синуси; нарушение на дейността на мимическите мускули и тези на езика; хипертрофия на кръговия мускула на устата (Никанорова, Атаева 2020: 60).

1.2.3. Инфантилно гълтане

Инфантилното преглъщане е част от видовете нарушения на преглъщането. При нормативното гълтане езикът се опира в предната една трета от твърдото небце, като по този начин не възпрепятства правилното формиране на зъбните редици. При инфантилното гълтане обаче езикът

се позиционира в палаталната повърхност на горните резци или между зъбните редици. В процеса се въвличат и мускулите на бузите и кръговия мускул на устата, като се създава прекомерен натиск върху челюстите при всяко гълтателно движение. Този метод на преглъщане по време на хранене се счита за нормативен при бебета в кърмаческа възраст. Ако след 5-та година все още се наблюдава инфантилен модел на преглъщане, съпроводен от отклонения в позицията на езика, устните и долната челюст по време на покой, както и съдвижения на мимическата мускулатура, то тогава се счита, че у детето има нарушения, които трябва да бъдат коригирани.

Последствията от инфантилното гълтане за лицево-челюстния апарат са: дисбаланс на дъвкателната и мимическата мускулатура по време на гълтане; отворена захапка; портрузия на резците на горната челюст; диастема; кърстосана захапка; готическо небце; диспозиция на темпоромандибуларната става и др. (Бояджиева-Делева 2020: 77).

На базата на описанието на трите основни вредни детски навици може да се направи заключението, че са потенциална причина за възникването както на хранителни проблеми, така и на логопедични. От гледна точка на речевите нарушения, измененията в захапката и прикуса несъмнено влияят на артикулацията. Силно засегнати биват предноезичните звукове (Т, Д, Н), защото мястото на тяхното учленение се намира точно в областта на горните предни зъби. При деца с утвърдено инфантилно гълтане е възможно звуковете от групите на съскавите и шушкавите да бъдат изопачени, тъй като по време на тяхното изговаряне те позиционират езика си между предните зъби по начина, по който го поставят по време на преглъщане. Не е изключено да се наблюдава цялостно забавяне в говорното развитие поради орално-моторна мускулна слабост, породена от дисфункцията на определени мускулни групи.

1.2. Хранителни нарушения в комплекса на синдроми

1.2.2. Детска церебрална паралида

Под термина „Детска церебрална парализа,“ (ДЦП) се обединяват група синдроми, резултат от органични поражения на мозъка, възникващи по време на вътреутробния период, по време на раждане или в първите дни след раждането. Световната здравна организация (СЗО) дава следното определение за Детска церебрална парализа: „Полиетиологично непрогресиращо заболяване на централната нервна система, което възниква в периода на бременността, раждането и 30 дни след него, като уврежда предимно структурите на развиващия се мозък, отговорни за движението и положението на тялото. Освен това се засягат често и говора, зрението, интелекта, усещанията, поведението и са налице гърчове,“ (Терзиева 2014: 23).

По статистически данни, броят на родените деца с ДЦП в световен мащаб на година е 1–3:1000 (Станкова 2012: 29). В наръчника за учители и педагогически съветници „Методологии за работа с деца със СОП“, под редакцията на М. Станкова и В. Боянова е направена обширна характеристика на децата с ДЦП. Основният проблем е свързан с двигателен дефицит, промяна на мускулния тонус, проблеми с координацията, нарушена поза на тялото, поява на неволеви движения и ограничения на фината моторика. Обобщено, движенията на децата с ДЦП са бавни, нахъсани, сковани, тремави, понякога придружени с тремор, в зависимост от мястото на поражението в мозъка. Освен двигателни нарушения, децата с ДЦП страдат от сензорни, когнитивни или поведенчески и емоционални нарушения, депресия, нарушена комуникация, перцепция, интелектуален дефицит, епилепсия, глухота, слепота, хранителни проблеми и други. Спектърът от симптоми е разнообразен и индивидуален за всяко дете. Именно поради тази причина ДЦП може да бъде разгледана като синдром.

Когато се разглеждат етиологичните фактори, предизвикващи ДЦП се взема предвид периодът, в който тя е възникнала. По време на пренаталния (вътреутробен) влияние оказват болести на майката, вътреутробни инфекции, кръвна несъвместимост на родителите, токсини, употреба на алкохол, наркотици, тютюнопушене, прием на лекарства. През перинаталния (родилен) – хипоксия и родова асфиксия, увита пъпна връв, раждане чрез форцепс или вакуум, многоплодна бременност, недоносеност или преносеност на плода. И през постнатален (следродилен) – менингит, енцефалит, интоксикация, травматични мозъчни увреждания, престой в кувьоз, дихателна недостатъчност, дехидратация (Станкова 2012: 29).

Класификация на видовете ДЦП може да се направи по няколко основни фактора като степен на тежест на проявата (лека, средна, тежка), засегнати крайници (монопареза, дипареза, хемипареза и квадрипареза), локализация на мозъчните лезии (пирамидна, екстрапирамидна, церебрална и смесена), както и спрямо доминиращата невромоторна аномалия (спастична церебрална парализа, дискинетична, атаксична, смесена) (Станкова 2012: 29 – 37; Онегин, Онегина, 2006: 8 – 15).

Основните проблеми, свързани с храненето при деца с ДЦП, са резултат от нарушения мускулен тонус. Патологично изменени са орално-моторните и хранителните механизми, като е характерна частична или пълна невъзможност за сукане или отхапване, сдъвкване и преглъщане на храната. При спастичните деца се наблюдава трудност при движение на долната челюст (отваряне и затваряне на устата), стягане на мускулите на бузите и устните и др. При хипотоничните челюстта е отпусната, устата е постоянно отворена, а езикът е вял и обездвижен. Други фактори, влияещи на процесите по хранене, са увеличената сензитивност на лигавицата на устната кухина и хиперсаливацията, вследствие на поражения на нервните пътища. Голямо затруднение се явява липсата на способност за заемане на подходяща стойка при хранене, поради двигателния дефицит. Повечето деца страдат от загуба на контрол върху мускулите на шията, поради което главата им стои увиснала надолу, назад или встрани, което е предпоставка за задавяне при прием на храна и течности.¹ Всички тези проблеми с храненето мотивират нежелание и страх от приема на храна, както и изоставане в растежа, килограмите и загуба на жизнените сили. За да се облекчи това състояние, хранителните терапевти най-често си служат с масажни техники за успокояване или стимулиране на мускулите на шията, лицето и устата. Използват се вибрационни четки и орални сонди за интраорален масаж. При по-тежките случаи, когато се установи, че храненето е напълно невъзможно, се прилагат гастрални или назогастрални сонди.

Комуникацията при децата с ДЦП също е нарушена, като вследствие на разстроена инервация на мускулите на говорните органи, се наблюдава дизартрия, засягаща артикулацията, дишането, гласа и прозодиката. Степента на нарушението на говора, зависи от тежестта на поражението на мозъчните структури. При някои случаи са засегнати само част от звуковете, а при по-тежките страда цялостната артикулация – както гласните, така и съгласните. Сред често срещаните нарушения на звукопроизношението са: междудъбно изопачаване на групата на шушкавите и съскавите съгласни, обеззвучаване на съгласните, омекотяване на твърдите съгласни. Други особености на речта са нарушеното, плитко дишане поради лошата централна регулация, слаб и глух глас, разстройство на темпа и ритъма, и др. (Тарасова 2018: 101 – 105).

1.3.2. Синдром на Даун

„Синдромът на Даун се получава в следствие на грешка при клетъчното делене, при което оплодената яйцеклетка има три копия на 21-вата хромозома. Яйцеклетката и сперматозоидът нормално съдържат по 23 хромозоми. При образуването на зиготата, от която се развива бъдещият индивид, една редица от 23 хромозоми идва от майката, а другата идва от бащата. Така се получава нормалният набор от хромозоми – 46. (...) При дете със синдром на Даун – от единия от родителите идва не една 21-ва хромозома, а две (...) При деленето на оплодената яйцеклетка, тази „грешка“ се копира във всяка следваща клетка на бъдещия ембрион. И така хората със синдром на Даун имат по 47, а не по 46 хромозоми.“ (Станкова 2012: 46).

В наръчника за учители и педагогически съветници „Методологии за работа с деца със СОП“ е поместена и обща характеристика на Децата със синдром на Даун. Те притежават някои отличителни характеристики, които са лесно разпознаваеми и правят хората, притежаващи синдрома, близки по външен вид. Техните очи са с ясно изразен монголоиден тип, имат малка глава, нос и уши, къса шия, устата им е отворена, а езикът изплезен, крайниците им са по-къси и коремът им е отпуснат. От гледна точка на цялостното им развитие, то е забавено и те изостават от физическите и психически норми (Станкова 2012: 48).

Поради вродено ниския им мускулен тонус (хипотония) могат да възникнат проблеми с храненето още в кърмаческа възраст като вяло сукане и бавно преглъщане. Бебетата се уморяват

бързо и отказват да се хранят, защото им се налага да полагат по-големи усилия, за да засмучат кърмата, като особено трудно се явява храненето при децата със съпътстващи сърдечни проблеми. При тях липсата на енергия е още по-ясно изразена. Вследствие на забавените процеси и мускулната слабост, възможно усложнение, което може да настъпи, е попадане на кърма в Евстахиевите тръби, ларинкса или носоглътката (при преглъщане необходимите клапани не се затварят достатъчно) (Жиянова, Поле 2015: 26).

Езиково-говорното развитие също е засегнато. Децата със синдром на Даун, както децата с ДЦП, страдат от дизартрия, породена от ниския мускулен тонус. Характерно е изоставане в процесите по възникване на лепетната реч, първите фрази и думи. При по-тежките случаи е възможно цялостно отсъствие на реч. Друг резултат от хипотонията е усвояване на устното дишане като навик, който влияе върху формирането на челюстите – изгражда се отворена захапка, благодарение на която се изопачава артикулирането на алвеоденталните звукове (Т, Д, С, З, Л, Ц, ДЗ). При тези деца разбирането е на по-високо ниво от праксисните действия, също така те се справят по-добре с повторната реч, отколкото със спонтанната. Налице е изоставане във всички психични процеси – възприятие, памет, внимание, мислене. По-голямата част от децата страдат от лека до тежка умствена изостаналост (Шапкива-Танева 2013: 9 – 16).

1. Терапевтични методи и техники на хранителната терапия

Терапевтичните методи и техники, с които си служи хранителната терапия, могат да бъдат назовани под общия термин оромоторна терапия. В монографията на Елена Бояджиева-Делева „Оромоторна логопедична терапия: теоретични аспекти и практическо приложение“ подробно и всеобхватно е разгледан този вид терапия. Там е поместено следното определение: „Оромоторна терапия е система от пасивни и активни средства за въздействие над биомеханичните компоненти на говора и хранителните механизми.“ Благодарение на нея могат да бъдат постигнати резултати, които включват подобряване на мускулния тонус; затвърждаване на подвижността, силата, координацията, кинестетичния усет и волевия контрол над дъвкателните и мимическите мускули; подпомагане на изграждането на моторен план и реализация на моторна програма при хранене и говор (Бояджиева-Делева 2020: 107).

Методите и техниките, които биват използвани в комплекса на оромоторната терапия могат да бъдат класифицирани в две основни групи – пасивни (в тях се включват различни масажни техники за сензорна стимулация на мускулатурата на лицето и устната кухина) и активни (състоят се от упражнения за раздвижване и усвояване на нови орално-моторни програми) (Бояджиева-Делева 2020: 107 – 112). От пасивните методи ще бъдат разгледани видовете масажи и техните похвати, а от активните – видовете гимнастики (стречинг, постурални маневри, артикулационна и миогимнастика).

1.1 Логопедичен масаж

Бояджиева-Делева (2020) изготвя и определение за логопедичния масаж, което дава представа за неговата същност и роля като метод за терапия и рехабилитация: „Масажът е съвкупност от методи на дозирано механично въздействие върху повърхността на тялото или някои орган и има комплексно и универсално положително въздействие над организма. Масажът е научно-обоснован и практически доказал ефективността си метод за поддържане и възстановяване на работоспособността на нервната система и целия организъм. Той спада към немедикаментозните и допълващи средства на терапия, прилагани също и с профилактична, общооздравителна и пренципозна цел на широка основа в медицинската рехабилитация и ерготерапия.“ (Бояджиева-Делева 2020: 115)

В подкрепа на цитата може да се даде обяснението на руската авторка Е. Дьякова за начинът, по който функционира масажът и по какъв начин влияе на тялото. Тя обяснява, че в основата на физиологичното влияние на масажа стоят сложни взаимосвързани рефлексорни, нервноклетъчни и обменни процеси, регулирани от централната нервна система. Началото на тези реакции се поставя от дразнение (докосване, натиск), като по този начин се въздейства върху механорецепторите по повърхността на кожата. Импулсите, които възникват от дразненето по време на маса-

жа, по аферентните пътища постъпват в централната нервна система, а оттам се изпращат обратни импулси по еферентните нервни пътища до тъканите и мускулите. Вследствие се изменя общата невромускулна възбудимост, възстановяват се нарушените рефлексии и се регулират функциите на нервната система. Масажът действа и върху лимфната система и кръвообращението. Потокът на кръвта се засилва, капилярите се разширяват, подобрява се движението на кислорода в кръвта и съответно в тъканите, което подпомага възстановителните процеси. Ритмичните масажни техники подпомагат състоянието на мускулите, повишават тяхната ефективност, обем, сила, способност за съкращаване и работоспособност. Важно е да се отбележи, че този терапевтичен метод, може да бъде използван, както при разслабена, така и при спастична мускулатура, тъй като разнообразните механични въздействия върху кожата, имат различно влияние. Така например при леко и бавно полглаждане се понижава възбудимостта и се постига успокояващо приятно усещане, докато при енергични и бързи движения, се активира тонуса на мускулите (Дякова 2012: 10 – 12).

Логопедичните масажи могат условно да бъдат разделени на няколко вида:

- Според средството, с което се извършват: мануален (терапевтът използва само ръцете си, за да извърши масажните процедури), апаратен (използват се различни сонди и вибрационни уреди) смесен (започва се първо с мануални движения по лицевата мускулатура и след това се преминава към интраорален масаж).
- Според масажирания област: екстраорален (масажът се извършва на лицевата мускулатура върху дъвкателните, мимицеските и шийните мускули) и интраорален (масажира се мускулатурата на устната кухина – вътрешността на бузите, езикът и мекото небце).
- Според целта: тонизиращ (цели стимулиране и повишаване на тонуса на мускулатурата и се прилага при хипотония), релаксиращ (цели отпускане и понижаване на мускулния тонус, прилага се при спастична мускулатура) и смесен (при някои от по-редките случаи може да се наблюдава едновременно хипотония в определена област и спастичност в друга. Тогава се прилагат смесени техники).
- Според използваните техники: класически (използват се пет класически техники – поглаждане, разтриване, омачкване, вибрация, удърни движения), точков (прилага се стимулация върху биологически активни точки на тялото, като по този начин се постига тонизиране или отпускане на мускулатурата) и смесен (при този вид се смесват техники от класическия и от точковия масаж) (Бояджиева-Делева 2020: 118 – 119).

За да бъде масажът реализиран правилно и да окаже нужното положително въздействие, е важно специалистът да познава добре анатомията на лицево-челюстната структура, разположението на мускулите и нервите, както и как правилно да прилага масажните техники и с каква дозировка спрямо различните нарушения. Също така той трябва да бъде добре запознат с индивидуалните симптоматични специфики на всяко дете, за да може да подбере правилната поредица от методи и подходи. Необходимо е да се проучи медицинската документация на отделния случай, ако има такава, и да се провери дали е установена неврологична симптоматика, която да е конкретизирана като например формата на парезата или парализата, локализация на мускулите с нарушена инервация и др. При липса на данни може да се препоръча консултация с невролог.

1.1.1. Класически логопедичен масаж

„При класическия мануален логопедичен масаж се въздейства с ръце екстраорално (по лицето и шията), интраорално (над устните, венците, бузите, езика и небцето), както и допълнително по скалпа и окосмената част на главата, раменната област и горната част на гърба.“ (Бояджиева-Делева 2020: 121).

Основните похвати, които се използват при този вид масаж са пет:

- Поглаждане – този похват се използва и в трите етапа на провеждане на масажа – подготвителен, междинен и завършващ. За него е важно да се прилага внимателно, леко и нежно, без силен натиск. Посоката на движение следва хода на венозния и лимфния ток, като лимфните съдове започват от срединната линия и се насочват встрани към околоушните, подчелюстните и подбрадичковите лимфни възли.

- Разтриване – тази манипулация винаги се прилага след предварително поглаждане. При нея се изисква използване на по-голяма сила, като по този начин се въздейства на подкожното и подлежащите тъкани. За разлика от поглаждането, разтриването може да се извършва както по посока на движения на лимфния и венозния ток, така и срещу тях, тъй като се следва хода на линиите по лицето.
- Омачкване – този прием следва по поредност разтриването, но не и преди да е приложен още един път похватът поглаждане. Масажните действия могат да се изпълняват както по хода на мускулните влакна, така и напречно.
- Ударни похвати – изпълняват се само с пръсти, при отпусната ръка, без задържане върху кожата. Примери за ударни похвати в областта на класическия логопедичен масаж са барабанене, потупване, леко пощипване. Движенията са равномерни, интензивни и бързи. Заемат много малка част от времеви диапазон на цялостния масаж. Прилагат се най-вече в активизиращия масаж с цел повишаване на тонуса и намаляване на чувствителността на нервната система.
- Вибрация – прилага се като последен похват, но отново преди и след нея се използва поглаждане. Вибрацията действа успокоително и обезболяващо на нервната система, затова намира своето място в комплекса на разслабващия масаж (по Бояджиева-Делева 2020: 122 – 126).

1.1.1.1. Екстраорален масаж

Екстраоралният масаж обхваща областта на външната мускулатура на лицево-челюстния апарат, шията и раменния пояс. Той може да бъде използван както с цел разслабване на мускулатурата, така и за постигане на по-висок тонус и активизиране. В зависимост от целта, която изпълнява (активизиране или отпускане), може да бъде разделен на два основни вида – тонизиращ и разслабващ. Тонизиращият масаж се изпълнява с цел да „събуди“, активизира патологично вялата мускулатура. За да се постигне ефекта на стимулиране, са необходими по-леки, бързи и интензивни масажни движения. Те включват разтриване, омачкване напреко на мускулните влакна и ударни похвати, като се извършват предимно с крайните фаланги и върховете на пръстите, чрез лек и повърхностен допир под прав ъгъл спрямо масажирания участък. Обратно, при разслабващия масаж мускулите са стегнати и спастични и имат нужда от релаксация. По тази причина движенията на масажиста са по-бавни, спокойни, с по-голям натиск, прилага се максимален контакт с цялата длан и пръстите на ръцете върху масажираната област. Основните похвати, които се използват са поглаждане, бавно и дълбоко разтриване, омачкване, краткотрайни ударни движения и вибрация.

1.1.1.2. Интраорален масаж

Интраоралният масаж се прилага в областта на мускулите на устната кухина само когато има изменения от нормалния тонус. „Поради спецификата на масажираната област, класическата система на последователно и особено прилагане на отделните похвати на поглаждане, омачкване, разтриване и вибрация не е приложима за интраоралния масаж.“ (Бояджиева-Делева 2020: 129). Това е така вследствие на спецификите на устната кухина – покрита е с лигавица, която се различава от кожата в другите области на тялото, разположени са секреторни жлези, които са по-чувствителни на външни влияния и др. Тези и други причини са предпоставка за рядкото прилагане на интраоралния масаж мануално и самостоятелно, а по-често той се извършва след предварителен екстраорален масаж и с помощта на сонди и вибрационни уреди. При интраоралния масаж също се спазва определена последователност третираните участъци, която според Бояджиева-Делева може да бъде определена по следният ред: масаж на предверието на устната кухина, масаж на бузите, масаж на езика и подезичното пространство, масаж на небцето.

1.1.2. Точков масаж

„Точковият масаж, известен още като акупресура, е разновидност на лечебния рефлексорен масаж, произлизащ от философията на Древния изток. Установено е, че съществуват над 700 зони по кожната повърхност, които са пряко свързани с функционирането на даден орган или система, на нямат явна анатомична връзка с тях“ (Бояджиева-Делева 2020: 135).

Руската авторка Ю. В. Микляева описва разположението на 13 от най-разпространените точки за масажирание, които оказват лечебно влияние върху артикулационната моториката, гласовия апарат на детето и проводимостта по лицевия нерв. Зоните биват масажирани в определена последователност и с определена сила и честота на действие, за да се постигне необходимата цел – успокоение или активизиране (Микляева 2010: 51 – 52.) Установено е, че областта на тези точки се характеризира с редица особености като изтъняване на епидермиса, по-разхлабена структура на съединителната тъкан на дермата, по-високо количество свободни нервни окончания, както и повишена концентрация на мастоцити, които произвеждат биологически активни вещества като хистамин, ацетилхолин и серотонин, които участват в нервната и съдовата регулация (Бояджиева-Делева, 2020: 136).

1.2. Логопедична гимнастика

2.2.1. Пасивни упражнения

Пасивните упражнения, като част от логопедичната гимнастика, спадат към комплекса от способности на оромоторната терапия. Идеята на пасивните упражнения е те да не бъдат изпълнявани изцяло самостоятелно от клиента, а той да бъде подпомогнат от терапевта. Поради тази причина пасивните упражнения са много подходящи за преход между масажните дейности и активната гимнастика. Към пасивните упражнения спадат стретчингът, постизометричната релаксация и постуралните маневри, като първите две са взаимствани от физиотерапията и кинезитерапията, но са пригодени за изпълнение на нуждите на хранителната терапия.

1.2.2.1. Стретчинг

Понятието „стретчинг“ буквално може да бъде преведено като разтягане, разпъване. Благодарение на тези упражнения се модифицира мускулната, скелетната и съединителната тъкан, увеличава се обемът и подвижността на движението на различни части от тялото, преодоляват се контрактурите. В зависимост от начина на изпълнение се постигат различни цели – повишаване или понижаване на тонуса. За да бъде безопасно и ефективно, разтягането трябва да се спазят някои изисквания: разтягането на мускула се извършва от центъра към краищата; техника на едновременно разтягане – мускулите се разтягат последователно на малки участъци и постепенно се обхваща целия мускул; техника на разтягане с фиксация – мускулът се фиксира с един пръст докато останалите пръсти извършват разтягане по хода на влакната; при кръговите мускули около устата и орбитата се прилагат последователни разтягащи движения с преместване на пръстите по хода на мускулните влакна; трябва да се подбере подходящо изходно положение на тялото с цел по-голямо отпускане преди прилагането на всяка една процедура (Бояджиева-Делева 2020: 142 – 143).

1.2.2.2. Постизометрична релаксация

Този метод функционира на принципа на мускулното съпротивление, като по този начин се преодолява комплексно ставният и мускулният блокаж и дисбаланс, потиска се патологичната мускулна възбуда и има обезболяващ ефект при наличие на повишен мускулен тонус и скъсени мускули. В хранителната и логопедичната терапия се прилага с известни изменения, с цел изпълняване на необходимите цели. Упражненията изискват разтягане на мускула, задържането му в определено положение за няколко секунди при минимално съпротивление и релаксиране чрез спонтанно отпускане. Те се съчетават с дихателни техники, в които участват коремните мускули и диафрагмата, както и насочване на погледа в противоположна на патологията посока (Бояджиева-Делева 2020: 143 – 144).

Интересни авторски упражнения за постизометрична релаксация могат да бъдат открити в книгата на Ю. В. Микляева („Логопедическият масаж и гимнастика. Работа над звукопроизношением“), където е поместен гимнастически комплекс, оказващ ефект за отпускане на мускулите на раменния пояс и шията, разширяване на физиологическите възможности на дихателния апарат, рефлекторно понижаване на тонуса на корена на езика и активизация на движенията на долната челюст (Микляева 2010: 77 – 78).

1.2.2.3. Постурални маневри

„Постуралните маневри са компенсаторни техники на пасивно и пасивно-активно позициониране, поддържане и движение на оралната мускулатура, шията, главата и раменния пояс, насочени към подобряване на гълтането.“ (Бояджиева-Делева 2020: 144). Именно поради тази причина постуралните маневри са широко разпространени при терапевтиране на дисфагия. Благодарение на тях се подобрява подвижността на езика, обезпечава се неговата позиция, както и тази на фаринкса и ларинкса по време на преглъщане, улеснява се фарингеалното прочистване и се намалява аспирацията на храна по време на гълтане. Често са съпроводжани от имитационни дейности като прозяване, кашляне, преглъщане и др., които способстват за увеличаване на подвижността и силата на мускулите на велофарингиални клапан. Основните маневри, които се прилагат са насилствено „твърдо“ преглъщане, супраглотална маневра, Маневрата на Менделсон, Маневрата на Маско и маневрата на Шейкър.

1.2.1. Артикулационна гимнастика

„Артикулационната гимнастика е комплекс двигателни упражнения, насочени към формиране или възстановяване на функционалната подвижност на артикулаторите по време на говор“ (Бояджиева-Делева, 2020: 148). Тя често бива използвана в логопедичната практика при терапевтиране на говорни нарушения, но може да намери приложение и в хранителната терапия, особено в случаите, когато се наблюдава изменен мускулен тонус, намален обем на движение и сила на съкращението. Бояджиева-Делева (2020) разпределя видовете упражнения на няколко групи спрямо различни фактори:

- Според активността на артикулатора: статични (при тях се изпълнява конкретна орална поза, която трябва да се задържи за определен период от време) и динамични (включват движение, ритмично превключване между няколко пози).
- Според волевото участие на клиента:

– Пасивни – използват се най-често след приключване на масажните процедури и служат за естествен преход към активните упражнения. Те са аналогични на активните по характер, обем на движение, скорост на изпълнение и време на задържане. При тях извършваната дейност е силно подпомогната от терапевта, който използва различни сонди, шпатули или пръстите на ръката си, за да поддържа определени мускули в дадено положение. Изготвя се схема на упражненията, които се тренират в серия по 3 – 5 движения. Движенията могат да се разделят по вид на две групи: за нормализация на мускулния тонус и за нормализация на двигателната функция и кинестетичните усещания. В следствие се развива представа за същността на движението, която се превръща в ориентир за стремеж и самокорекция при самостоятелно изпълнение (Приходько 2008: 63).

– Пасивно-активни – Когато детето започне постепенно самостоятелно да изпълнява поставените моторни задачи, помощта на терапевта постепенно намалява, докато напълно изчезне. Обикновено при изпълнението на пасивно-активните упражнения, подкрепата се предоставя само в началото при позиционирането на органите, а последващото активно задържане е волево (Бояджиева-Делева 2020: 150).

– Активни – изпълняват се самостоятелно от клиента. При тях терапевтът само следи за това дали движенията са правилни и при необходимост дава допълнителни вербални указания. Целта е да се постигне пълноценност, пълнотата на обема, точност, интензивност и ритмичност при изпълнение на позите. По време на извършването на активната гимнастика се отдава голяма значение на тактилно-проприоцептивната стимулация, способстваща за статико-динамическото усещане и артикулационната кинестезия (Приходько 2008: 64).

1.2.2. Миогимнастика (мултифункционална терапия)

„Миогимнастиката е средство на оромоторната терапия, което се прилага при корекция на зъбно-челюстни деформации и патологични орални навици. Тя се състои в продължителни и системно прилагани упражнения за неправилно функциониращите дъвкателни, мимически и орални мускули“ (Бояджиева-Делева 2020: 153). Поради тези причина тя намира своето приложение в оромоторната терапия. Основните цели, които си поставя миогимнастиката са свързани с изграждане на биолабиален контакт (в покой, при говор и дъвчене), правилна позиция на езика в устната

кухина (в контакт с твърдото небце в покой), формиране на нормативен модел на гълтане и регулиране на дишането през носа. А задачите, чрез които се постигат са нормализиране на тонуса и функциите на лицево-челюстната мускулатура, отстраняване на контрактурите, стабилизация на долната челюст и възстановяване на координацията между процесите – гълтане, дъвкане и артикулация (Бояджиева-Делева 2020: 154).

Важна особеност, свързана с миогимнастиката е, че за да бъде тя ефективна, е необходимо да бъде изпълнявана регулярно и дозирано. Това изисква тя да бъде осъществявана и в домашни условия, като се следва схема, обозначаваща броя упражнения и времето, за което трябва да бъдат изпълнявани спрямо възрастта на детето и целта, която трябва да бъде постигната. Броят на „тренировките“ на ден може да възлиза на 2/3 пъти, а общият период на продължителност на цялостния план за корекция може да отнеме средно между два месеца и година. Друг фактор, който може да окаже влияние на дозировката на упражненията е степента на снижение на мускулната издръжливост, като тя се разделя в три степени:

– Първа степен: 25% снижение на статичната и динамичната издръжливост спрямо възрастовата норма (статичните и динамичните упражнения се провеждат 1:1);

– Втора степен: 25% снижение на статичната и над 25% снижение на динамичната издръжливост спрямо възрастовата норма (статичните и динамичните упражнения се провеждат 1:2);

– Трета степен: над 25% снижение на статичната и динамичната издръжливост спрямо възрастовата норма (статичните и динамичните упражнения се провеждат 1:1) (Бояджиева-Делева 2020: 156 – 157).

Миогимнастиката може да бъде назначена за извършване както от хранителния терапевт (логопед), така и от ортодонта, но разликата произлиза от проследяването и контрола, който бива осъществяван над дейността. За хранителния терапевт е важно развитието и възстановяването на орално-моторните и хранителните механизми, както и неутрализирането на вредните детски навици, а ортодонтите проследяват състоянието на челюстите и зъбните редици. При комуникация и съвместна работа между специалистите се наблюдават по-отчетливи и бързи резултати. Така например не е изключено по препоръка на ортодонта, по време на сесиите по хранителна терапия да се използват различни пластини, трейнери и вибрационни уреди.

1.3. Захранване

Основна част от хранителната терапия заема захранването, тъй като същинската цел на хранителния терапевт е детето да се храни самостоятелно и безпроблемно. В зависимост от вида нарушение се изпробва захранване с различни по консистенция и цвят храни. Много е важно терапевтът да е достигнал до отговора на това каква е първопричината за наличието хранителни проблеми, за да може да състави адекватен план за рехабилитация и съответно да предприеме подходящите стъпки за захранване. Използван модел е преминаване от по-лесно преработваема храна към по-трудна. Течните консистенции са по-лесно усвоими, затова се следва схемата: течни, пюрирани, твърда храна и непасирана супа. Преди да започнат дейностите по захранването е важно да е усвоена базата от хранителни умения – поемане и задържане на храна в устната кухина, ранни дъвкателни механизми, способност за преглъщане. По тази причина захранването бива предхождано от останалите методи и техники – сензорна стимулация, комплекс гимнастически упражнения, имитации и др.

„По-специфична обаче е ситуацията при децата със сензорни проблеми, при които пътят до дейностите по захранване е много по-дълъг от този при останалите деца“ (Картунова 2017: 32).

В такива случаи често се прилагат стъпките за възприемане на храната от Key Tommeу. Те се състоят от:

Толериране

- Допуска храната да е в същата стая;
- Допуска храната да е на масата за хранене;
- Допуска храната да е на масата, но не много близо;
- Допуска храната да е в близост на масата за хранене;
- Гледа към храната и допуска да е близо.

Взаимодействие

- Помага за приготвяне на храната;
- Използва прибори или кутия, за да разбърка или изсипе храната за другите;
- Използва прибори или кутия, за да разбърка или изсипе храната в своя чиния;
- Използва прибори или кутия, за да сервира сам в чинията си.

Обоняние

- Допуска аромат от храна в стаята;
- Допуска аромат от храната на масата;
- Допуска аромат от храната пред себе си;
- Навежда се или взима от храната, да да я помирише.

Докосване

- С един пръст;
- С върха на пръстите;
- С цяла длан;
- С брадичката и бузата;
- С носа;
- С устните;
- Със зъбите.

Опитване на вкус

- Облизва устните или зъбите си, върху които има поставена храна;
- Ближе с цял език;
- Отхапва парче, което веднага изплюва;
- Отхапва парче, държи го няколко секунди в устата си, след което го изплюва;
- Отхапва, съдвква определен брой пъти и изплюва;
- Дъвче и преглъща част от храната, а останалата се изплюва;
- Дъвче и преглъща залък с помощта на напитка;
- Самостоятелно дъвче и преглъща цял залък (Картунова 2017: 22).

В зависимост от степента и силата на сензорното нарушение се преценява от коя стъпка да се започне, за да се достигне до етапът на захранване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хранителната терапия може да бъде изключително ефективна и ползотворна, що се отнася до терапевтиране на редица логопедични нарушения като дизартрия, диспраксия, биомеханично говорно нарушение при вродени цепнатини на устните или небцето, и дори при някои артикулационни нарушения, особено възникналите, вследствие на аномалии на захватката. Установяването на взаимовръзката между хранене и реч може да бъде ключът към превенцията на много от проблемите в комуникацията. Така например редовното прилагане на масаж върху различни области от лицето с цел подобряване на мускулния тонус в ранна детска възраст, би подпомогнало за намаляване на симптомите на дизартрия впоследствие. А коригирането на измененията в прикуса с помощта на комплекс от миогимнастически упражнения, би предотвратило възникването на някои артикулационни нарушения. Всичко това свидетелства за необходимостта от изследване и изучаване на разнообразните методи и техники, използвани от хранителните терапевти при коригирането на изменените орални механизми. В такива ситуации прилагането им в логопедичната практика би допринесло за по-бързото и целенасочено постигане на трайни резултати и значително повишаване на качеството на комуникацията.

БЕЛЕЖКИ:

¹ – „Проблеми в храненето при деца с церебрална парализа“ – електронна информационна брошура за родители Карин дом

ЛИТЕРАТУРА

Бояджиева-Делева, Е. (2020). *Оромоторна логопедична терапия: теоретични аспекти и практическо приложение.* София: Стено. // **Boyadzhieva-Deleva, E. (2020).** *Oromotorna logopedichna terapiya: teoretichni aspekti i prakticheskoto prilozhenie.* Sofia: Steno.

Дьякова, Е. (2012). *Логопедический массаж при разных формах дизартрий.* Москва. // **D'yakova, E. (2012).** *Logopedicheskiy massazh pri raznykh formakh dizartriy.* Moskva.

Захарова, А. (2016). *Выпускная квалификационная работа на тему: Комплексные методы лечения пациентов с дистальным прикусом.* Санкт-Петербург. // **Zaharova, A. (2016).** *Vypusknaya kvalifikatsionnaya rabota na temu: Kompleksnyye metody lecheniya pacientov s distalnym prikusom.* Sankt-Peterburg.

Картунова, С. (2017). *Логопедична терапия на орално-моторните и хранителните механизми при бебета и деца с ДЦП, генетични синдроми и проблеми в сензорната преработка. Обучителен тренинг.* София. // **Kartunova, S. (2017).** *Logopedichna terapiya na oralno-motornite i hranitelnite mehanizmi pri beb-eta i detsa s DTSP, genetichni sindromi i problemi v senzornata obrabotka. Obuchiteln trening.* Sofia

Мавлов, Л. В. Боянова (2007). *Анатомия и физиология на човека.* София: РИА Алтея. // **Mavlov, L., V. Boyanova (2007).** *Anatomiya i fiziologiya na choveka.* Sofia: RIA Alteya.

Жиянова, П., Е. Поле (2015). *Малыш с синдромом Дауна. Книга для родителей.* Москва: Центр сопровождения семьи. // **Zhiyanova, P., E. Pole (2015).** *Malysh s sindromot Dauna. Kniga dlya roditel'ey.* Moskva: Cntr soprovozheniya sem'i.

Микляева, Ю. (2010). *Логопедический массаж и гимнастика. Работа над звукопроизношением.* Москва: Айрис-пресс. // **Miklyayeva, YU. (2010).** *Logopedicheskiy massazh i gimnastika. Rabota nad zvukoproiznosheniem.* Moskva: Ajris-press.

Никанорова, А., М. Атаева (2020). *Роль вредных привычек в формировании зубочелюстных аномалий и способы их устранения. Здравоохранения Югры: опыт и инновации, 3, 57 – 62.* // **Nikanorova, A., M. Ataeva (2020).** *Rol' vrednykh privyчек v formirovanii zubochelyustnykh anomalij i sposoby ih ustraneniya. Zdravoohraneniya YUgry: opyt i innovacii, 3, 57 – 62.*

Онегин, Е., О. Онегина (2016). *Детские церебральные параличи (практическое пособие для врачей).* УО „Гродненский государственный медицинский университет“. // **Onegin, E., O. Onegina (2016).** *Det-skie cerebral'nye paralichi (prakticheskoe posobie dlya vrachej).* UO „Grodzenskiy gosudarstvenny medicinskiy universitet“.

Приходько, О. (2008). *Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста.* Москва: Каро. // **Prihod'ko, O. (2008).** *Logopedicheskiy massazh pri korrekcii dizarticheski narushenij rechi u detej rannego i doshkol'nogo vozrasta.* Moskva: Karo.

Станкова, М. (2012). *Методологии за работа с деца със СОП. Наръчник за учители и педагогически съветници.* София. // **Stankova, M. (2012).** *Metodologii za rabota s detsa sus SOP. Narachnik za uchiteli i pedagogicheski savetnitsi.* Sofia.

Тарасова, Г. (2018). *Логопедия. Теория и практика.* Москва: Эскимо. // **Tarasova, G. (2018).** *Logopediya. Teoriya i praktika.* Moskva: Eskimo.

Терзиева, А. (2014). *Социално-медицински проблеми на деца с Детска церебрална парализа - Дисертационен труд.* София: Медицински университет. // **Terzieva, A. (2014).** *Sotsialno-meditsinski problemi na detsa s Detska tserebralna paraliza – Disertatsionen trud.* Sofiya: Meditsinski universitet.

Филичева, Т. (2019). *Основы дошкольной логопедии.* Москва: Эскимо. // **Filicheva, T. (2019).** *Osnovy doshkol'noj logopedii.* Moskva: Eskimo.

Ценова, Цв. (2019). *Логпедия. Описание, диагностика и терапия на комуникативните нарушения.* София: УИ „Св. Климент Охридски“. // **Tsenova, Tv. (2019).** *Logopediya. Opisanie, diagnostika i terapiya na komunikativnite narusheniya.* Sofia: UI „Sv. Kliment Ohridski“.

Чуйкин, С. (2011). *Этиология и профилактика зубочелюстных аномалий.* Уфа: ГОУ ВПО „Башкирский государственный медицинский университет“. // **CHujkin, S. (2011).** *Etiologiya i profilaktika zubochelyustnykh anomalij.* Ufa: GOU VPO „Bashkirskij gosudarstvennyj medicinskiy universitet“.