

**НАРЪЧНИК  
ЗА  
ПРЕВЕНЦИЯ НА ДЕВИАНТНОТО  
ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ДЕЦА И  
ПОДРАСТВАЩИ С ДЕФИЦИТ НА  
ВНИМАНИЕТО С ХИПЕРАКТИВНОСТ**

**ВАРНА, 2012**

***Авторски колектив:***

*Автори:* Виктор Добрев, Даниела Йосифова, Камелия Георгиева,  
Мargarита Калейнска, Мария Христова, Невяна Никова,  
Станислава Христова

*Консултант:* д-р Татяна Иливанова

*Редактор:* Станислава Христова,

*Издател:* „Мартикос“ЕООД

## Съдържание:

<b>1. Възрастови особености и кризи (Станислава Христова) .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Заболяване, симптоми и признаци</b>	
2.1. <i>Какво е дефицит на вниманието с хиперактивност?</i> (Даниела Йосифова).....	12
2.2. <i>Как да различим дефицит на вниманието с хиперактивност от други подобни състояния (диференциална диагноза)?</i> (Даниела Йосифова).....	14
2.3. <i>Колко често се среща Дефицит на вниманието с хиперактивност?</i> (Даниела Йосифова).....	15
<b>3. Фактори, водещи до изява на заболяването/състоянието</b>	
3.1. <i>Факти и обстоятелства по изследването на причините за заболяването</i> (Даниела Йосифова).....	18
3.2. <i>Хипотези</i> (Виктор Добрев).....	19
<b>4. Откриване</b> (Виктор Добрев).....	<b>27</b>
<b>5. Потвърждение</b>	
5.1. <i>Въпросник за ситуации в училище – към учителите</i> .....	35
5.2. <i>Поведенческа скала на Burk</i> .....	36
5.3. <i>Въпросник за ситуации у дома – към родителите</i> .....	38
<b>6. Заедно</b>	
6.1. <i>Медикаментозно лечение</i> (Даниела Йосифова).....	39
6.2. <i>Ролята на специалистите</i> (Даниела Йосифова).....	40
6.3. <i>Ролята на семейството</i> (Виктор Добрев).....	41
6.4. <i>Ролята на педагогическия съветник и на административния персонал в училище в терапевтичната работа</i> .....	45
6.4.1. <i>Административно-правни механизми за реакция от страна на пед.съветници, учители и директори при идентификация на дете с хиперкинетично разстройство</i> (Невяна Никова).....	45
6.4.2. <i>Техники за работа на педагогическия съветник с хиперактивните деца и техните семейства</i> .....	54

6.4.3. Техники за работа на учителя с хиперактивните деца. (Виктор Добрев) .....	56
--	----

## **7. Последици при късно диагностициране или negliжиране на проблема и регресната им рефлексия върху заболяването**

7.1. Склонност към употреба на наркотици и психотропни вещества (Камелия Георгиева).....	59
7.2. Импулсивна агресия (Маргарита Калейнска).....	65
7.3. Депресивни състояния; (Маргарита Калейнска).....	66

## **8. Професионална помощ и консултиране (Маргарита Калейнска).....**

8.1. Център за социална рехабилитация и интеграция на деца с дисфазии на развитието и хиперкинетично разстройство на поведението „Прегръдка“, гр.Варна.....	67
8.2. Диагностично-консултативна програма на Общинската комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните и дирекция “Превенции” - община Варна.....	68
8.3. Превантивен център “Младост”, Дирекция „Превенции“, Община Варна.....	68
8.4. Общински център за психологическа подкрепа и консултиране на училищната общност в извънучилищна среда.....	69

## **9. Приложения**

Приложение 1: Бърза помощ при хиперактивно дете (Виктор Добрев).....	70
Приложение 2: Открито писмо на хиперактивните към педагозите (Виктор Добрев).....	72
Приложение 3: Диета при хиперактивни деца (Виктор Добрев).....	73
Приложение 4: Тест за родители (Мария Христова).....	76
Приложение 5: Съвети за родители на хиперактивни деца (Даниела Йосифова).....	78

<b>Използвана литература.....</b>	<b>83</b>
-----------------------------------	-----------

## **1. Възрастови особености и кризи**

Както в природата всичко се изменя и развива под влияние на определени условия и фактори, така и в обществото благоприятните или неблагоприятни отражения повлияват изграждането на личността на човека, неговите физически и психически процеси.

Всяка система (природна, органична, социална) има свои водещи изходни начала, които осигуряват пълноценното ѝ функциониране. Без тях системата не работи нормално, настъпват вътрешни сътресения, нарушения на ритъма, на ефективността и в крайна сметка системата се разпада. Не случайно в обществото ни се изработват и съблюдават правила, които осигуряват развитието и съществуването ѝ. Изходните начала, правилата са принципите, върху които всяка система се изгражда и действа нормално. Настъпят ли качествени изменения в системата, неизбежно се изменят и принципите. Подготовката и развитието на личността като целенасочена, организирана дейност представлява система, от която зависят резултатите. Тя се ръководи от принципи, които отразяват потребностите ѝ. Пътищата, по които се върви и помага на личността да се самоизгражда и самоусъвършенства, за да бъде колкото е възможно по-полезна за себе си и за обществото, са методите и подходите, чрез които се осъществяват образователните, възпитателните и развиващите цели.

Различните школи и направления в науката предлагат периодизация, основана на различни процеси във формирането на личността, но най-общо се обединяват около това, че развитието се постига в младите години, след което следва процес на по-бързо или по-бавно отслабване на силите и способностите. Развитието на човека е следствие от взаимодействието на три съществени процеси – биологични, психични и социални. Развитието е следствие на придобиването (развиването) на новообразование . Преходите от един период към друг протичат във вид на нормативни кризи (трудности на израстването), които се осъществяват чрез разрешаване на противоречието между преобладаващото старо и потребното ново. Неразрешаването на това противоречие се отразява неблагоприятно на цялостното развитие на личността.

Ерик Ериксон разглежда живота на личността като състоящ се от осем фази, във всяка от която се разрешават благополучно или не специфични задачи, което се отразява на развитието.

1. **Младенчество** – първата година. През този период, в зависимост от грижите на родителите към детето, у него се създава преживяване на благополучие – базисно доверие към външния свят или неблагополучие – базисно недоверие, изразено в тревожност, която по-нататък може да се прояви в интроверсност.

2. **Ранно детство** – до 5 г. У детето се формира нарастващо желание за автономност и умения за самостоятелност, чувство за ценност или несамостоятелност, подтиснатост, срамежливост, неувереност. Самостоятелните проявяват готовност и възможности да избират. С това у тях се възпитават отговорност и самовзискателност.

3. **Възраст на играта** – 5 - 7 г. Развива се инициативността, стремежът за социално изявяване. При тяхното ограничаване детето заживява с чувство за вина. За развитието на децата в тази възраст от значение са игрите и общуването с връстниците. Това позволява на детето да проявява съобразителност, което означава да избира подходящо поведение, да влиза в роли, да развива своето въображение. Като се ръководи от усвоени правила за поведение и дейност у детето се изгражда и преживява чувство за справедливост.

4. **Училищна възраст**. През този период в развитието на децата се постига предприемчивост и способност да осъществяват поставените цели, да се стремят към резултатност и успешност в своята дейност. При неблагоприятно развитие (несполуки в ученето) у детето се утвърждава чувство на непълноценност. Възприема го като отнасящо се към цялата му личност (че е неспособно, по-лошо от другите) т.е. извършва се генерализиране.

5. **Юношество**. У личността се утвърждава чувство за неповторимост, оригиналност. Тази, която среща различни трудности в своето изявяване, не е в състояние да се самоопредели като индивидуалност. Самовъзприемането («Аз») в известна степен е дифузно. Юношите влизат в различни роли на социална активност и оценяват доколко им прилягат. Укрепва и се развива самосъзнанието. Проявяват се сексуални интереси.

6. **Младост.** Актуални стават потребности и способности за интимна психологическа близост с друг човек, в това число и сексуална. Другата алтернатива е изолиране и живеене сам.

7. **Възрастност.** Актуални тук са стремежът и възможностите за продуктивност и за творчество в труда, в грижи за семейството, за предаване на своя опит. Застоят е обратното проявление.

8. **Зряла възраст.** Отличава се с чувство за удовлетвореност или неудовлетвореност от извършеното и постигнатото, за изпълнен дълг или разочарование, отчаяние. Животът е научил личността да бъде обективна и да постъпва мъдро.

По-позната у нас е периодизацията, която изтъква ролята на дейността за развитието на психиката и проявата на нейните постижения. Тази класификация разграничава следните периоди:

1. **Кърмаческа** (младенческа) възраст – до една година. Постига се емоционално общуване на детето с възрастните, развиват се ориентирането и сетивно- манипулативни действия.

2. **Яслена възраст** ( ранно детство ) - до 3 г. Важна придобивка е развитието у децата на способност за дейност, т.е. овладяват умения да си служат с предмети по обществено приети начини (ползване на лъжичка, чашка и др).

3. **Предучилищна възраст** – до 6 – 7 г. Водеща дейност е ролевата игра. В нея и чрез нея децата усвояват богатство от дейности и взаимоотношения между хората. Формират у себе си потребности от участие в значими дейности и от оценяване на резултатите. Това развива и подготвя децата за училище.

4. **Начална училищна възраст** - до 11, 12 г. Водеща дейност е обучението. При осъществяването му у учениците се формират интелектуални сили и способности.

5. **Пубертетна възраст** – до 15 г. Водеща дейност е общуването. Изграждат се взаимоотношения с връстниците. Учениците овладяват богатство от етични норми на поведение.

6. **Юношеска възраст** – до 18 г. Повишени потребности и интереси към опознаване, овладяване и участие в специализирани (професионални) видове дейности, чрез които се постига по-нататъшно интелектуално развитие и социализиране.

## 1.2. Кризисните периоди в живота на детето

Измененията в психиката на детето в различните етапи могат да протичат бавно и постепенно, но могат да бъдат

динамични и бурни. Периодите на развитие между кризите протичат с минимални промени, които обикновено остават незабелязани. Те се натрупват и в края на „стабилния“ период водят до скок в развитието и възрастови новообразувания.

Освен стабилните, съществуват и кризисни периоди. В психологията няма единно мнение по отношение на кризите и тяхното място и роля в развитието на децата. Част от психолозите смятат, че развитието на детето трябва да протича хармонично и стабилно. Те твърдят, че кризите са болезнено и ненормално явление, което е причинено от неправилно възпитание. Друга част твърдят, че преживяването на кризи е закономерно и непреживявайки някоя от кризите, детето не може да се развива пълноценно нататък.

Основните промени, които се случват по време на криза са вътрешни. На преден план се забелязват процеси на разпадане и отричане на онова, което е образувано в предходния период. Детето губи интерес към дейности, които до вчера са били основни за него, отхвърля старите ценности и форми на взаимоотношения. Но заедно със загубите се формира и новото.

Виготски придава голямо значение на кризата като преживяване и смята че редуването на стабилни периоди и кризи са крайно необходими за правилното развитие на детето. Той описва следната последователност на кризи и стабилни периоди: криза на новороденото → младенческа възраст → криза на първата година → ранно детство → криза на третата година → предучилищна възраст → криза на седмата година → училищна възраст → криза на 13-тата година → пубертетна възраст → криза на 17-тата година

### **Криза на третата година**

Кризата на третата година е един от най-трудните моменти в живота. Това е кризата, през която детето се отделя от възрастните и се опитва да установи с тях нова, по-дълбока връзка. Към третата година се появява местоимението "аз". През третата година от живота си децата все повече осъзнават себе си като причинители на действия. Те изпитват удоволствие да противоречат на възрастните и да правят обратното на техните указания. По-късно започва и позитивното самоутвърждаване на детето. Някъде към 3-годишна възраст то започва не просто да предпочита да прави нещата само, а настоява за това. Фразата:



“Аз сам!” символизира раждането на детската личност. На три години, декларирайки потребността си от самостоятелност, детето става личност. С това завършва ранното детство и започва нов възрастов период.

### **Криза на седмата година**

Независимо от това, кога детето тръгва на училище, преминава през криза. То осъзнава своето място в света на обществените взаимоотношения. Децата откриват значението на новата си социална роля – ролята на ученик. Налага се нова преоценка на ценностите. С напредването на възраста и натрупване на повече познания и опит в социалните взаимоотношения се появява по-съзнателен самоконтрол и диференцираност на желанията и техния израз. Отчетливи симптоми на поведението и преживяването на детето през кризата са затвореност и свръхчувствителност към оценките на околните, силно арогантно и натрапливо, досадно и несъобразително поведение, силни тревожни състояния, пристъпи на вина и срам, откази да приема каквото и да било предложение без то да изрази своето отношение или възражение.

### **Криза на пубертета**

Юношеството е бурен период на биологично, психично и социално съзряване на индивида – период на трасиране на основните характеристики на личността на един човек. В биологичен смисъл започва пубертета. Това е период на осмисляне на сексуалната принадлежност и роля. В психологичен аспект този период се бележи от характеристиките на третата възрастова криза и е терен за изграждане на личната воля, характера, чувството за любов и мирогледа.

В социален план:

- Нараства самостоятелността и тя се търси активно.
- Осъзнава се насочеността към определена трудова дейност. Прави се професионален избор.
- Градят се нови форми на социална свързаност – приятелства; интимна връзка, принадлежност към субгрупа.

Бурното биологично съзряване – дейността на жлезите с вътрешна секреция, на половите жлези карат подрастващите да погледнат на себе си с други очи. Докато в предни възрасти

основна тяхна задача е била адаптацията към света вън от тях, сега започва опитът им да адаптират света към повишените им лични потребности. Основен конфликт става борбата между относително ниската степен на психо-социално съзряване и повишената необходимост за сексуална идентичност. Психологическият им хоризонт е стеснен. Те добре знаят какво искат и в повечето случаи начина, по който могат да постигнат желаното, но не мислят за последиците. Това води до опасността те да попадат в ситуации, застрашаващи понякога дори биологичното им съществуване (недооценяване на хората, с които се събират; количеството и качеството на консумираното и пр.). Нараства необходимостта им сами да се научат да се справят с натоваарвания и страхове; да се самообособяват, респ. да се отделят от онези възрастни, които до този момент са били модели за подражание. На първо място се засилва волята за свобода и независимост от родителите. За съжаление това се осъществява без да е налице умението им за адекватна дистанция от родители и семейство. Започват външни конфликти с родителите, които водят след себе си психологическата необходимост юношите и девойките да се научат да решават конфликти. Едните го правят посредством агресия, другите – в изолация; третите – по пътя на търсене на нова социално силна и значима личност; четвъртите – в субгрупа по интереси и потребности.

Вътрешният им конфликт е между високо съзнание за нещата вън от тях и ниското самосъзнание (т.е. умението им да преценяват собствения дял в създаване на една ситуация). Този конфликт в първите 2-3 години от пубертета (*ранен пубертет*) е изключително бурен и преминава в:

- Дръзка борба между инстинктивни потребности и социални / морални норми; експериментиране на непозволеното;
- Изостряне на нарцистичните потребности („Аз съм си най-мил, най-значим!“) и сблъсък с чувството за вина; малоценност или чувство за свръхзначимост (егоизъм);
- В зачеркване на значимостта на родител/ респ. семейни ценности
- В отстояване на криворазбрана представа за автономност/ самостоятелност.

Психологическа задача на пубертета става изработването на собственото „Аз“ с цел намиране на подходящ обект на

сексуалната им идентичност. Поради тази задача другите лица стават средство за собствено справяне, а не обекти, с които изграждат взаимоотношения и свързаност. Всеки „работи“ сам за себе си. Трупат се все повече неудачи и негативни чувства, с които юношите и девойките имат потребността сами да се справят. По-емоционалните откриват ценността на личните дневници, които стават не само база за емоционален катарзис, но и поле за обогатяване на способността за саморефлексия (психологичен самоанализ). Всички в този период изпробват и затвърждават като присъщи им различни механизми на психологична защита.

Ранният пубертет е лесен терен за поява на психогенни и психотични разстройства- депресии (понякога с чести самонаранявания и дори суицидални опити), шизофрено заболяване, афективно разстройство, анорексия, булемия, захарен диабет, хипертония и др.

Късният пубертет (16-18 г.) е относително по-спокоен период. Индивидът е изработил своето самосъзнание и идентичност; усвоил е и направил трайно свои определени поведенчески модели. В този период отделянето от родителите и семейството придобива нова форма на свързаност. Налице е способността да се води диалог с другия; да се излагат свои мотиви; да се показват и отстояват личните позиции; да се вербализират цели – пътища за постигането им – последствия за едната и другата страна. Появяват се първите, относително трайни интимни връзки. Осмисля се и се изпробва свързаността между равнопоставени, но разноточни индивида.

Краят на пубертета е и краят на формиране на психическата същност на индивида. От този момент нататък той функционира в смисъла на Личност.

## 2. Заболяване, симптоми и признаци

Децата с дефицит на внимание с хиперактивност, **не са болни!** Това е определено състояние, при което добрата информираност, ранното диагностициране и адекватната намеса от страна на родители и специалисти се повлиява благоприятно във функционирането на детето. То е емоционално-поведенческо нарушение, което не е резултат от „лошо“ възпитание и не е грешка на родителите.

Тук ще маркираме някои основни теми, които могат да ви бъдат полезни.

### 2.1. Какво е дефицит на вниманието с хиперактивност?

Дефицит на вниманието с хиперактивност е ясно дефинирано клинично състояние, а не просто етикет за непослушни или зле възпитани деца.

Дефицит на вниманието с хиперактивност се диагностицира, когато децата имат абнормно високи за възрастта си нива на:

□ **невнимание** (лесно се разсейват, не довършват започнатото, обхватът на вниманието е малък, децата са дезорганизирани, често забравят и т.н.)

- детето се проваля в опитите да се съсредоточи в детайли или прави грешки по невнимание в училище или при изпълнение на някаква дейност, т.е. лесно се разсейва;

- детето среща затруднения в задържането на вниманието върху задачи или дейности, като в повечето случаи не довършва започнатото;

- често като че ли не слуша какво му се говори;

- често избягва или не одобрява задачите (учебни задължения или домашни), които изискват психическо усилие поради това, че обхватът на вниманието е значително занижен;

- често губи неща необходими за извършването на задачи и дейности (напр. моливи, книги, инструменти, играчки);

- често се разсейва от заобикалящи стимули (музика, викове, шумове и т.н.);

- често забравя да извърши ежедневни дейности;

- дезорганизираност

**И/ИЛИ**

□ **хиперактивност и импулсивност** (въртят се на мястото си, не могат да стоят мирно, непрекъснато са в движение, говорят твърде много, прекъсват разговорите на другите, не изчакват реда си и т.н.).

**Хиперактивност:**

- често шава с ръце и крака и се върти на стол или на място;
- напуска мястото си в класната стая или в друга ситуация, в която се изисква да стои на едно място продължително време, напр. времеви диапазон на един учебен час – 40-45 минути;
- често тича и се катери на места, където е неподходящо;
- често среща затруднения да играе или да се наслаждава на тихи, релаксиращи дейности;
- често е в непрекъснато движение или „фучи като мотор“;
- има излишък от енергия;
- спи малко;
- често, когато разговаря, непрекъснато се движи;

**Импулсивност:**

- избухва в отговор на въпрос, който още не е довършен;
- среща затруднения в чакането на опашка или в изчакването на реда си в игри или други ситуации;
- прекъсва другите или се натрапва с неподходящо поведение;
- действа без да се замисли;
- изказва думи, които са безсмислени и непоследователни;
- първо казва нещо и след това го осмисля;
- забравя вещите си;
- трудно овладява емоциите си.

За да се квалифицират тези проблеми като истински дефицит на вниманието с хиперактивност, трябва:

1. Анамнезата да включва подробна информация за това, кога за първи път е отбелязан проблемът на детето, има ли други нарушения или забавяне на развитието на двигателни, когнитивни и други умения; има ли други членове на семейството с подобни проблеми в детска и зряла възраст. Има ли минали заболявания и колко бързо се е излекувало от тях. Особено важна както за диагнозата, така и за диференциалната диагноза е да се съберат точни данни за емоционалното състояние на детето - преживяни наскоро психотравматични моменти; отношения в семейството; кой отглежда детето и най-много се грижи за него; какви са взаимоотношенията с другите деца от фамилията.

2. Да са продължавали достатъчно дълго - поне 6 месеца.

3. Да са абнормни за възрастта и етапа на развитие на детето (това, което е нормално за 2-годишно дете, не е нормално за десетгодишно дете).

4. Да са се появили преди седем годишна възраст - често се забелязват много рано в живота на детето и почти винаги се наблюдават преди петгодишната възраст.

5. Да са действително нарушаващи ежедневно функциониране и живот на детето – обичайното непослушание у дома или несправянето в училище не са достатъчни за поставяне на тази медицинска диагноза.

6. Да се наблюдават в повече от една среда, например както в къщи, така и в училище. Проблемите, които са налице само в къщи или само в училище, вероятно имат други причини.

7. Дефицит на вниманието с хиперактивност, много често се диагностицира в по-късна възраст и децата дълго се приемат като разсеяни, мързеливи, неспособни да слушат.

Някои деца имат проблеми само с липсата на внимание, а други имат проблеми само с хиперактивността или импулсивността. При голямата част от децата се среща комбинацията от двата типа проблеми.

## ***2.2. Как да различим дефицит на вниманието с хиперактивност от други подобни състояния (диференциална диагноза)?***

Много състояния на децата могат да имитират симптомите на повишена активност, трудности в концентрацията и лесна отвлекаемост на вниманието.

При поставяне на диагнозата дефицит на вниманието с хиперактивност трябва да се разглеждат всички състояния, които биха могли да доведат до свръхактивност, проблеми с вниманието им и импулсивност. При децата това са предимно соматични, неврологични и психични заболявания, интелектуални проблеми (снижен интелект), както и възможността изискванията в училище да са над или под нивото на детето, поради което то да няма интерес към уроците, проблеми със зрението и слуха, проблеми в семейните взаимоотношения, неблагоприятна обстановка в дома, несъответни изисквания и очаквания от родителите.

Диференциална диагноза се прави най-често със следните нарушения:

- специфични нарушения на способността за учене
- разстройства на поведението и емоциите
- емоционални разстройства в детството
- генерализирани разстройства на развитието – аутизъм, синдром на Асбергер
- епилепсия
- неблагоприятна семейна атмосфера или домашно насилие
- проблеми със слуха и зрението
- специфични езикови нарушения.

### **2.3. Колко често се среща дефицит на вниманието с хиперактивност?**

От дефицит на вниманието с хиперактивност страдат 3-5% от децата в училищна възраст. Това означава, че в един обичаен клас ще има поне едно дете с дефицит на вниманието с хиперактивност. В България не всички деца с този проблем са изследвани и диагностицирани. Дефицит на вниманието с хиперактивност се среща по-често при момчетата, отколкото при момичетата, в съотношение приблизително 4 към 1.

Докато в някои случаи проблемите на детето могат да бъдат отдадени единствено на дефицит на вниманието с хиперактивност, то много често децата с дефицит на вниманието с хиперактивност имат и други проблеми. Те могат да включват:

#### **- Дефицит на вниманието с хиперактивност и разстройство на поведението**

Една от най-трудните диференциални диагнози е между **дефицит на вниманието с хиперактивност** и поведенческите разстройства. Много често леко изразена хиперактивност и проблеми в концентрацията на вниманието могат да се срещат и при поведенческите разстройва. При тях водеща е симптоматиката на агресивно поведение, арогантност и предизвикателство, които надхвърлят приемливите за възрастта размери на естественото непослушание, противопоставяне и протест (Ачкова, 1996). Това поведение е насочено често към най-близките хора. Могат да се наблюдават прояви на вандализъм, които се реализират самостоятелно или в организирана група. Тогава говорим за разстройство на поведението.

### **- Дефицит на вниманието с хиперактивност и емоционални разстройства в детството**

Друг проблем в диференциално-диагностично отношение са депресивните и тревожни разстройства. Тук се отнасят разстройства, предизвикани от тревога, свързана с раздяла, фобийно-тревожни разстройства и емоционални разстройства в резултат от съперничество между братя и сестри. Корекната диагноза е твърде трудна, изисква много детайлна анамнеза и продължително наблюдение на динамиката на процесите.

Острото начало на дефицит на вниманието с хиперактивност при дете в училищна възраст е с много голяма вероятност да не е дефицит на вниманието с хиперактивност, а симптоми, които се дължат на психично или неврологично заболяване, соматично състояние или външни фактори.

### **- Дефицит на вниманието с хиперактивност и специфични нарушения на способността за учене**

Тук водеща е клиничната картина при нарушение на когнитивните дефицити, които обуславят трудностите в овладяване на процеса на огромяване. Обикновено се откриват нарушения на способността за пространствена ориентация, двигателните навици и сръчности, проблеми в езиковото развитие и други дефицити на развитие на мозъка и висшата нервна дейност. Намалената концентрация и преразпределение на вниманието се появяват вторично, в резултат от преумората и голямото напрежение при изпълняване на поставените твърде трудни за тези деца задачи. Това обаче не отхвърля възможността дефицит на вниманието с хиперактивност и специфични разстройства на училищните умения (СРУУ) да вървят заедно и едновременно да съществуват при един и същи индивид.

Втори важен критерий за диференциалната диагноза е времето на поява на клиничните симптоми. Дефицит на вниманието с хиперактивност стартира обикновено около 3-4 годишна възраст, а СРУУ се проявява в начална училищна възраст, обикновено след края на втори – трети клас.

Важно е да се знае, че при прилагане на тестове за интелектуално равнище (Векслер и Рейвън), детето с дефицит на вниманието с хиперактивност отговаря правилно на първите няколко стимула и не след дълго губи интерес към задачите (особено при Рейвън). Това се получава поради факта, че детето



бързо иска да приключи изследването и да се освободи от еднообразната дейност. Започва да отговаря без да се замисля, посочвайки какъвто и да е отговор. Резултатът, разбира се, е нисък коефициент на интелигентност! Детето с дефицит на вниманието с хиперактивност може да отговори правилно и коректно на стимулите, но то не може да задържи вниманието си върху тях достатъчно дълго време. Ако тестът се поднесе на части, се вижда, че резултатът е съвсем друг и често стойностите са над средните! Именно поради това трябва много внимателно да се обръща внимание на тази категория деца, тъй като етиктирането с диагноза за лека умствена изостаналост предопределя цялостното по-нататъшно развитие на детето.

#### **- Дефицит на вниманието с хиперактивност и заекване**

Заекването е твърде широко разпространено нарушение на комуникативните възможности на човека. Също като дефицит на вниманието с хиперактивност, то има продължителен период на протичане и много трудно терапевтично повлияване. Освен това при много заекващи деца се разгръщат психологични личностови особености, характерни за хипермоторните деца. Например те често показват постижения в училище под нивото на възможностите си, имат затруднения в общуването, които ги изолират от останалите, често са с понижено самочувствие. При заекващите деца също се среща дефицит на вниманието, наблюдават се прояви на повишена моторна активност – т.нар. „двигателни уловки” – потрепване с крак, движение на ръцете, повдигане на рамото и други. В заключение можем да направим следното обобщение – дефицит на вниманието с хиперактивност и заекването са две различни емоционално-поведенчески нарушения, които в някои случаи могат да се наблюдават едновременно у един и същи индивид като косиндроми.

#### **- Дефицит на вниманието с хиперактивност и епилепсия**

Това съчетание е твърде често и много трудно за терапия. Лекарствената терапия за хиперактивност и дефицит на внимание е противопоказна при епилепсия. Що се отнася за диагнозата трябва категорично да приемем, че водещо и основно заболяване е епилепсията и произтичащите от това ограничения и усложнения. Не бива обаче да се отказваме от терапевтично въздействие – внимателно, системно и индивидуално, с психологични, логопедични и педагогически средства.

### **3. Фактори, водещи до изява на заболяването/състоянието**

#### **3.1. Факти и обстоятелства по изследването на причините за заболяването;**

Причината не е една единствена – дефицит на вниманието с хиперактивност почти сигурно е резултат от комбинация от фактори и тази комбинация варира при различните деца.

#### **Роля на гените**

Данните от проучвания на близнаци говорят, че между 65% и 90% от риска за възникване на дефицит на вниманието с хиперактивност идва от гените на човека. Това означава, че често дефицит на вниманието с хиперактивност е унаследено състояние и има склонност да се предава в поколенията.

С дефицит на вниманието с хиперактивност се свързват специфични гени. Не всички хора с тези гени имат дефицит на вниманието с хиперактивност, но биха се разболели с по-голяма вероятност, отколкото хората, които ги нямат. Много от тези гени имат връзка с действието на допамина и норадреналина - вещества, които свързват нервните клетки в мозъка в една мрежа. Основните медикаменти, използвани за лечение на дефицит на вниманието с хиперактивност, засилват функцията на допамина и норадреналина.

#### **Роля на другите фактори**

Някои фактори от развитието на детето могат да повишат риска от развитие на дефицит на вниманието с хиперактивност, без да са единствената причина за проблема. Тези фактори включват:

- Трудно или усложнено раждане;
- Ниско тегло на плода при раждането;
- Използване на бензодиазепини (успокоителни като диазепам или темазепам), тютюнопушене или прекомерна употреба на алкохол от майката по време на бременността;
- Мозъчни заболявания или травми - инциденти по време на бременност, за които понякога нищо не знаем.

Психологичните проучвания и тези чрез сканиране на мозъка намират някои важни, макар и дискретни различия в начина, по който функционира мозъкът на хора с или без дефицит на вниманието с хиперактивност – в структурата, в начина, по който се развива и начина, по който работи.

Докато всички тези научни техники са доказано ефективни за разбиране на причините за дефицит на вниманието с хиперактивност, те за съжаление не са от полза за диагностициране и решаване дали някой страда от дефицит на вниманието с хиперактивност или не. Няма лабораторен или инструментален “тест” за дефицит на вниманието с хиперактивност и няма вероятност да се открие такъв в близко бъдеще.

### **3.2. Хипотези**

Хиперактивните деца никога не остават незабелязани, те са като пумпал – постоянно се движат, бягат, блъскат се в предмети, събаряйки ги. Тези деца са наблюдавани и се търси начин да бъдат разбрани. На тях е посветена обширна литература и са обект на научно изследване.

Действително ли това са „лоши деца”, „малки тирани”, „бели гарвани” дадени на нещастни родители с лоша съдба? Или просто са антиподи на спокойните, тихи и прилежни деца? Деца с неутолима жажда за движение – може би тяхното безпокойство е само признак на енергичност. Защо хиперактивността в нашата култура е проблем – например в южните части на континента (като Сицилия) на това не се отдава никакво значение. Може би истината е в това, че у нас преобладават семейства с едно дете и има нагласа „спокойствието и реда да е върховен граждански дълг” или има пряка връзка между хиперактивните деца с тяхната психологическа неуравновесеност и конфликтните ситуации в семейството.

Тези деца с поведението си често поставят на изпитание търпението на възрастните – в ситуации, когато се налага бързо да даваме отговори и да действаме, ние сме склонни да търсим прости решения. Решението е свързано в повечето случаи с отчитане на индивидуалността на такова дете, неговата различност и особености каквито и да са те.

Макар и да поставяме акцент върху моториката това не означава, че педагогическия отговор се гради на нея. Движението е базов елемент в развитието на човека и извършено от него то не е прост физически акт – чрез него се изразяват мотиви и се постигат цели. Следователно, в работата си с хиперактивните деца акцента не трябва да пада върху това, което ги

характеризира най-ярко и това, което обичат най-много (но е подложено на най-строги забрани).

Преди всичко трябва да се отговори на въпроса: какви са потребностите на това дете? Как да намерим подход към него? Кои са силните страни на личността му? Къде изпитва трудности? Има ли поддръжка от страна на семейството? И как ние като педагози и възпдататели му влияем.

Ръководството съдържа някои теоретични и практически обосновки за извършване на ранно диагностициране и корекционна работа с практическа насоченост.

### **Какви са причините за хиперактивността**

Макар, че по-късно достатъчно изчерпателно ще изложим симптомите, нашите знания за причините, както вече беше споменато, са твърде скромни.

При редица деца се наблюдават причини с генетичен и наследствен характер. Подобно предположение се базира на наблюдението, че при родителите и техните роднини често се срещат деца с подобен проблем, като съответно се правят изводи за честотата на срещането на синдрома при момичета и момчета.

Последните изследвания на хиперкинетичния синдром показват, че съществува връзка с неврохимични нарушения на мозъчната проводимост. Медиаторите (примерно допамин, серотонин, норадреналин) са химически субстанции отговорни за предаването на нервните импулси в мозъка. В тази връзка трябва да се отдаде дължимото на Заметкин и колектив (Zametkin & al., 1990) откриващи връзката между биохимията на мозъка и поведението.

На учените се е отдало да установят различията между обичайните и хиперактивните деца с помощта на позитронно-емисионна томография.

Изследователите са измерили глюкозният обмен на веществата при обикновени и хиперактивни възрастни по време на тест за концентрация на вниманието. Хиперактивните изпитват още от детството безпокойство и импулсивност - диагнозата им „хиперкинетичен синдром“ е клинично доказана и те са израснали с него. При това при техните деца синдрома също се наблюдава. В хода на изследването на лицата се прави инекция (внасяне) на глюкоза, а след това с помощта на позитронно-емисионна

томография се изследва метаболизма на глюкозата в мозъчната тъкан и отделните дялове на мозъка. В резултат се получава, че при хиперактивните в 30 до 60 специфични части на мозъка се наблюдава нисък глюкозен обмен. Явлението е особено ярко при прифронталните (предни) дялове на главния мозък, а също и при онези дялове и части, които е прието да се смята, че играят роля в управлението и концентрацията на вниманието и моториката.

Вероятно това функционално нарушение води до дисбаланс между центровете на възбуда и потискане в мозъка, при което центровете на потискане (*Nucleus accumbens*) са по-малко активни и в резултат действат центровете на възбуда. Външно този дисбаланс се изразява в хиперактивност.

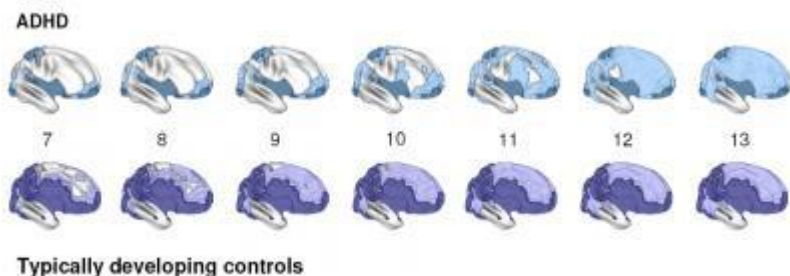
Съществува хипотеза, че деца със синдром на хиперкинезия от физиологична гледна точка са не достатъчно възбудими и затова сами се стимулират към хиперактивност, за да компенсират този сензорен недостатък. Изследванията на Лоу и колеktiv (*Lou & al., 1984*) откриват понижено кръвоснабдяване и свързаната с това недостатъчна активност на обменните процеси в предните дялове на главния мозък на *Nucleus caudatus* и по-точно на *Nucleus accumbens*. На тези области на главния мозък се преписват подтискащи (инхибиращи) функции по отношение на базалните ганглии (централни дялове за моториката). Те ръководят субкортикалните процеси (автоматичните процеси в подкорковата сфера) и моториката. Едновременно с това този център на главния мозък е връзка между лимбичната система (сферата на чувствата, настроението, самочувствието), ганглиевият ствол на мозъка (моториката) и познавателните функции на голямата кора на главния мозък (интелектуалните способности, планирането, мотивацията). Възможното нарушение в тези области е в състояние да предизвика както когнитивни, така и емоционални и моторни симптоми.

По този начин чисто психогенното тълкуване на това нарушение отстъпва място на друго – причината е от чисто физиологичен характер и се крие във функционални нарушения на обмените процеси на мозъка.

Описаната хипотеза позволява да се обясни известното от 50 години познание за положителното въздействие на психостимулантите при това заболяване. Медикаментозното им прилагане възстановява нарушеното невнoхимическо равновесие

със стимулацията на Nucleus accumbens, което видимо започва да изпълнява своите подтискащи функции. Може да се предположи, че медикаментозното лечение усилва другите компенсаторни механизми на мозъка и по този начин сваля симптоматиката.

В младостта при деца с дефицит на внимание и хиперактивност мозъкът съзрява с нормален режим, но има известно задържане в определени зони – до такъв извод достигат специалистите от Националния институт по здравеопазване на САЩ и Националния институт за психично здраве. Задържането става в предните дялове на външната мантия (кора). Иначе и двете групи показват съвпадащи back-to-front вълни на мозъка при съзряването в различните области, но пика и дълбочината се разминават във времето.



По-бледия син и лилав цвят показват по-слабо съзряване и дебелина на коровите структури. От 223 младежи с ADHD, дебелината на кората достига своя пик във възраст 10,5 години, а при деца без синдрома тя се достига при възраст 7,5 години. Съобщението е направено от доктор Филип Шоу, Джудит Рапорт от детския психиатричен филиал на NIMH и от доктор Алан Евънс и екип на университета Макгил през ноември 2007 година, но диагностичната оценка не може да бъде направена благодарение на такова сканиране, защото все още няма достатъчно потвърждение за наличието на аномалия – диагнозата ADHD си остава клинична на основата на анамнеза на детето, семейството и учителите.

В сегашно време обаче възниква въпросът:

Не съществуват ли в обществото определени социални и културни фактори благоприятстващи появата на психомоторни

нарушения, които могат да се третират в основата им и да се спре широкото им разпространение в бъдеще?

Един от тези фактори е **Успехът на нанотехнологиите**. Шансът за оцеляване на недоносените деца включително и тези с тегло под нормата, с постиженията на съвременната медицина, чувствително се увеличи. Подобряването и интензивното развитие на акушерството и след родовото обслужване и терапия, позволи да се спаси живота и съществено да се намалят последствията от неблагоприятните раждания на много деца, но увеличи пренаталните патогенни фактори (усложнения преди раждането). Подложените на ранна терапия деца, които биха имали проблеми в първите години на живота си, често ги запазват само в слабо изразени отклонения в сферата на възприятията и моториката.

**Новите екологични проблеми.** Съществува хипотеза, че психомоторните нарушения са следствие от използването на хранителни добавки (Hafen, 1984). Предполага се, че е възможно разпространението на хиперактивността да е следствие и от въздействието на изкуствената светлина – има основания да се смята, че изкуствената светлина предизвиква редица заболявания от общо изтощение до нарушения в имунната система и хиперактивност (Mander, 1979)

**Промените в семейните условия.** В периода от 30-те до 80-те години броя на семействата в САЩ е спаднал от 4,1 до 2,8. Същевременно нараства и броя на деца израснали в условията на непълни семейства с един родител. По данни на статистиката в Германия от 1987 г. всяко трето дете няма братя и сестри, 54% от всички семейства имат само по едно дете.

Самотните деца са лишени от роднинска поддръжка и емоционално облъчване и не получават достатъчно внимание от страна на родителите и всичко това се случва на фона на главозамайващия стремеж за кариерен успех на родителите. По такъв начин малкото семейство губи първоначалната си функция и е особено ограничено във възпитанието на деца със задръжки на развитието.

В лечебната практика все повече се среща процеса на хаотизация на семейните условия на живот. Тя се изразява в пренебрегване на необходимостта на детето от стабилни семейни отношения, неподреденост на семейния бит и отсъствието на

ритъм в организацията на деня. Оказва се, че пространството, където децата могат да се развиват правилно е силно свито.

**Преобладаване на обществените форми на възпитание и ръст на професионализма на възпитаващите.** Количеството на възпитателни концепции предлагани на родителите е огромно и ориентацията в тях е много трудна. Педагозите се появяват пред родителите преди всичко като високо квалифицирани и специализирани експерти. Семейното възпитание все повече остава на заден план. Наблюдава се забележителен ръст на заведения предлагачи специализирано възпитание, което налага тенденцията за универсален контрол и „управляване на детството“. Предполага се, че при това в детето ще бъдат отстранени всички недостатъци и ще бъде реализиран целият му потенциал. Надпреварата за първите места в нашата обществена йерархия започва от все по-ранна възраст. Цялото семейство е подложено на натиск за възпитание – нима е учудващо тогава, че нашите деца отговарят с наднормен стрес, невротичност и безпокойство?

**Ролята на жилищните услови.** Някои автори обръщат внимание на факта, че жилищното строителство и планиране на градовете заставя децата да останат зад стените на апартаментата – голяма част от семействата в големите градове живеят в жилища с над 5 и повече етажа. Съществуват данни, че децата излизат да играят по-рядко в зависимост от това на каква височина е разположено жилището им – колкото по-високо, толкова по-малко. Родителите нямат възможност да наблюдават малките си деца от прозореца на високите си жилища. На децата като принцип се отделя най-малката стая в жилището, а на всичкото отгоре другите помещения имат определена функционална роля и това още повече ограничава движението и играта на детето. Така кухнята, където преди се е приготвяла храната, събирало и общувало семейството и са се вихрели детските игри, сега е „кухненски бокс“ където другите функции освен готвенето са немислими. До подобни изводи стига Хартунг с изследванията си за фигурата на младежите в зависимост от площта на квартирата, в която живеят.

Дори когато децата ни играят на открито, условията са ограничени, тук няма място за развитие на фантазията и игровите ситуации. Условията в града все повече задължават младите хора да ходят до училище с моторни превозни средства. Жизнената



среда все повече започва да се възприема като „остров” с център домът и такова панорамно възприемане на действителността, без самостоятелно предвижване, води до загуба на способността за разпознаване, запомняне и възпроизвеждане на детайли. Такова „островно” и панорамно виждане на пространството, създадено от градската действителност, несъмнено има връзка с психомоторните нарушения и хиперактивността. Сходна е и ситуацията с невъзможността да се концентрира вниманието на детето в огромното количество бързо сменящи се дразнителни, идващи отвън. Самостоятелната активност и дискретното възприемане са малко съвместими една с друга. Ако се изходи от тези наблюдения хиперактивността може да бъде разбрана като самостимулация и компенсация на липсващата цялостност на преживяванията от заобикалящата среда.

**Светът на детството и телевизията.** Мандер и Вин, в своите радикални изследвания, изложени в статиите „Отменете телевизията” и „Наркотик в домашни условия”, съживяват дискусиата за „антропологията на телезрителя”. И двамата автори изхождат от тезата, че независимо от съдържанието на излъчването телевизията оказва въздействие върху двигателната активност на зрителя. Мандер пише: „Човек застава пред телевизора колкото се може по-удобно за да няма нужда да се движи и заема поза изключваща движенията на ръцете и краката. От време на време само се премества на другата страна за да съдърже нещо, но практически през цялото време пред екрана тялото е в покой. Такова затихване на активността се пренася и към вътрешните му органи”. Трябва да се отбележи и намаляването на двигателната активност на очите – активните процеси на адаптация и фиксиране на зрението по време на излъчване отсъства, още повече, че телевизорът работи обикновено в затъмнени помещения. Настъпва изключително отсъствие на възприемане на информация от вътрешните органи и възприемане на други сигнали от външната среда, освен тези от телевизора. Науката добре е изучила последствията от изкуственото лишаване от дразнителни. Първото, което се задейства е самостимулация чрез включването на собствената фантазия и последваща хаотизация на възприятията с преживяването на заплахата водеща до дезориентация и рязко нарастване на интереса към всеки друг дразнител (Mander, 1979).

Рамшмид и Шмид (Ramschmidt, Schidt, 1985) интерпретират хиперактивността като опит за оптимизиране на недостатъчното ниво на стимулация идващо от централната нервна система и ексцесивното поведение. Постоянното често сменяне на картини и центъра на фокусиране на зрителя, сякаш програмират краткосрочна работа на вниманието. Хиперактивното дете точно дублира своята бърза променливост с възприемането на динамичното качество на телевизионния образ от екрана (Мандер изказва хипотезата, че хиперактивността на деца са провокирани от съвместното въздействие на мигащи и флуоресциращи излъчвания на цветното телевизионно изображение и употребата на химическите оцветителите в храните). Макар и не достатъчно доказана може да се направи връзка между телевизията и психомоторното безпокойство.

Всяка епоха има свой стил на живот и той се отразява най-много на детското поведение. Разбира се, само влиянието на цивилизационите фактори, не могат да обяснят всеки конкретен случай на феномена и с направения анализ се стремим да дадем само по-широко виждане за възможните причини на това отклонение и да препоръчаме изменение на условията и хигиената на живот, доколкото това е възможно.

## 4. Откриване

Като действащ авторитетен критерий за идентификация на заболяването в настоящия момент е Международната класификация на болестите, където са обособени няколко групи поведенчески и емоционални разстройства, типични за детството:

1. Хиперкинетично разстройство характеризиращо се със свръхактивност и крайна отвлекаемост на вниманието, вероятно в следствие на конституционални или клинично непроявени увреждания на главния мозък;

2. Опозиционно-агресивно поведенческо разстройство;

3. Смесено разстройство на поведението и емоциите съпътствани от състояния на депресивност, тревожност, хипохондрия, фобия, деперсонализация и натрапливост;

Синдромът известен като ADHD е описан в три класически типа: AD+HD; когато преобладава ADD при липса на хиперактивност и наличие на HDD със съхранено внимание.

Диагностичните критерии на ADHD са по шест и повече симптома за всеки подтип проявяващи се през предходните шест месеца!

**НЕВНИМАНИЕ:** липса на работна памет, неспособност за изслушване и спазване на инструкции, трудност за самоорганизация, грешки при изпълнение на действия, лесно се разсейва, забравя , прекъсва....

**ХИПЕРАКТИВНОСТ/ИМПУЛСИВНОСТ:** тикове, моторни стереотипи, хаотично ходене, въртене, тичане, свръхактивен, неорганизиран в действията си; приповдигната реч, ексцесивно щастлив, безкритично контактен....

**ADHD** – диференциална диагноза: сензорен дефицит (слухов, зрителен) подлежащо физическо заболяване; хромозомна болест с или без увреждания от раждането.

До 4 годишна възраст проявите на ADHD могат да се дължат на:

- пре/перинатални усложнения: прематуритет, недоразвитие , токсични фетопатии, фетален алкохол синдром, родени с ниско тегло деца, травми на ЦНС, хеморагии;

- хромозомни болести;

- институционализъм;

- депривация;

## **Как да разпознаем симптомите на хиперактивност**

Настоящото ръководство има за задача да запознае и подготви педагогическите съветници да идентифицират и разпознават симптомите при хиперактивните деца.

Педагогическият съветник е първото и най-важно звено в разпознаването и рехабилитирането на заболяването осъществяващо връзката между специалистите от една страна и децата, педагозите и родителите от друга.

Диагностичната оценка се дава от медици (невропатолог, психиатър или педиатър) и психолози специалисти в областта на хиперкинетичните разстройства. Тяхната интуиция и опит са натрупани в дълга и тежка работа с хиляди случаи на заболяването и дълбокото професионално познаване на механизмите на синдрома.

Ние знаем, че родителите дават цялата любов, на която са способни на своите деца и когато си позволим да поставим „диагноза“, ние можем сериозно да нараним и разстроим децата и техните родители поставяйки стигматизиращия знак на болестта като предизвикаме и негативизъм към системата на училището.

Затова изключително важната роля на педагогическия съветник е да насочи и координира работата по пренасочването към специалистите от ресурсните центрове, подкрепя и съвети към родителите и педагозите, при работата с децата с хиперкинетично разстройство.

**ADHD** е най-често срещаното поведенческо разстройство при деца и юноши, то засяга между 3-5% от децата в училищна възраст. Подрастващите с това разстройство имат трудности в контролиране на поведението си в училищна и социална среда. Въпреки, че някои от тези младежи не получават високи оценки, повечето имат нормална или близка до нормалната интелигентност. Дефинирани са 3 вида дефицит на хиперактивното разстройство и те имат своята специфика на симптомите. Видовете са невнимателен, хиперактивен-импулсивен и комбинацията от двете формира третото – дефицит на вниманието / хиперактивно разстройство. Традиционните модели на терапия включват медикаментозно лечение и/или когнитивно-поведенческа терапия.

**Дефицита на внимание с хиперактивност е изразено медицинско състояние.**

- Дефицита на внимание с хиперактивност се среща относително често;
- Дефицита на внимание с хиперактивност има склонност да се предава по наследство и вероятно се дължи на комбинирани фактори;
- Дефицита на внимание с хиперактивност е съпроводен обикновено и с други проблеми:
  1. Поведенчески разстройства (постоянни лъжи, кражби, бягство, вандализъм) разстройство с предизвикателство и противопоставяне;
  2. Тревожност, депресия – често са с ниско самочувствие и несигурни поради провали в училище и взаимоотношения;
  3. Проблеми с речта, четенето или смятането;
  4. Непохватност;
  5. Тикове;

Дефицита на вниманието с хиперактивност се диагностицира от специалисти – детско-юношески психиатър, детски невролог, специалист по психология на развитието. Работата на детския лекар или педагогическия съветник е да разпознаят детето, което може да има Дефицита на внимание с хиперактивност и да ги насочат към специалист за оценка на състоянието.

Понякога детето се държи необичайно добре по време на преглед – ако това се случи трябва да се обясни, че това не е типично за него.

Медицинските специалисти, които лекуват дефицита на внимание с хиперактивност имат специална подготовка по детско-юношеско здраве и психология на развитието – те често работят в екип с други здравни професионалисти като клинични психолози, логопеди и социални работници. По време на първия преглед специалистите не винаги могат да направят пълна оценка на състоянието. Те могат да решат, че случаят може да бъде разрешен при определени съвети и подкрепа за подобряване на ситуацията. Ако това не сработи може да се наложи пълна оценка и лечение с медикаменти. Пълната оценка може да продължи повече от веднъж и с повече от един специалист. Пълната оценка обикновено включва - интервю с родителите; интервю на самото

дете; информация от учителите; физикален преглед, оценка на слуха и зрението.

И така пика на диагностицирането на синдрома е между 6-7 години. Негова главна характеристика е: силната нетърпеливост особено в ситуации изискващи относително спокойствие; тенденция на преход от едно занятие към друго, незавършеност на нито едно от тях; „шавливост” и извиване в моменти, когато се изисква спокойно седене. Тези поведенчески особености стават най-ярки в организирани ситуации (училище, транспорт, поликлиниката, музея).

Характерна черта на умствената дейност при хиперактивните деца е цикличността. При това мозъчната продуктивност е между 5-15 минути, а след това между 3-7 минути се натрупва енергия за следващия цикъл. В този момент детето „изключва” и не слуша учителя. Може да направи каквото и да е друго действие, без да разбира какво прави. За да владеят съзнанието си, такива деца трябва постоянно да държат своя вестибуларен апарат в активност – да въртят главата си, да се движат, да се обръщат на всички страни. Ако главата и тялото са неподвижни, то при такова дете се снижава нивото на активност в мозъка.

Ето и списък на Световната здравна организация за симптомите на хиперактивност:

- Неспойни движения на китките и стъпалата, при седене на стол се върти и извива;
- Не може да стои на място, когато това се изисква от него;
- С лекота се отвлича по странични стимули;
- Трудно дочаква реда си по време на игри и различни ситуации в колектив (по време на занятия, екскурзия или празник);
- На въпрос отговаря, без да се замисли и изслуша до край;
- При изпълнение на възложени задачи изпитва затруднения (но те трябва да не са свързани с негативно поведение или недостатъчно разбиране);
- Трудно запазва вниманието си при изпълнение на задачи по време на игра;
- Често преминава от едно незавършено действие към друго;
- Не може да играе тихо и спокойно;
- Бързивост;

- Често пречи на другите, досажда на заобикалящите го (примерно намесва се в игрите на другите деца);
- Често създава впечатление, че детето не слуша насоченото към него обръщение;
- Често губи вещите си необходими за детската градина, училището и на улицата;
- Понякога извършва опасни действия, без да мисли за последствията като не търси приключение или остри усещания (примерно пресича, без да се огледа на улицата);

За да изразим съмнение за наличие на хиперактивен синдром трябва да имаме **минимум 8** от всички изброени симптоми, но за да се постави диагноза е необходимо да се изяснят причините за хиперактивното поведение и неговите елементи, проявени в поведението на детето, което се прави от специалист медик (невропатолог, психиатър или много добър педиатър) и психолог.

Поведението на хиперактивните деца външно прилича на поведението на деца с повишена тревожност, и познаването на основните разлики на двете категории деца ще подпомогне педагогическите съветници при различаването им.

Критерии за хиперактивност	Критерии за тревожност
Винаги намира бърз отговор (може и неверен, но изключително бърз).	Продължителната работа го изморява.
Често сменя настроението си.	Трудно се съсредоточава над каквото и да е.
Многото обекти (вещи, задачи) го дразнят и го вадят от равновесие.	Всяка задача предизвиква излишно безпокойство
Харесва му работа, която става бързо.	По време на изпълнение на задача е много напрегнат и скован.
Обидчив, но не е злопамятен.	Смущава се по-често от другите.
Често всичко му омръзва.	Често говори за възможни неприятности.

Бързо взема решение.	Като правило се изчервява в непозната ситуация.
Може рязко да откаже храна.	Оплаква се, че сънува страшни сънища.
Обикновено е разсеян на занятия.	Ръцете му са обикновено влажни и студени.
Ако някое от децата му крещи, той също в отговор крещи.	Често има хранителни разстройства.
Обикновено е уверен, че ще се справи с всяка задача.	Силно се изпотява, когато е развълнуван.
Може да нагруби учител или родител.	Няма апетит.
На моменти изглежда препълнен с енергия.	Изпитва мускулно напрежение в областта на шията и лицето.
Това е човек на действието, не умее и не обича да разсъждава.	Страхлив, всичко предизвиква уплаха у него.
Иска внимание и не иска да го чака.	Обикновено е тревожен и лесно се разстройва.
В игра не спазва правилата.	Не може да сдържа сълзите си.
Разгорещен в разговор и често повишава тон.	Трудно понася очакването.
Често забравя какво са му заръчали възрастните и се увлича в игра.	Не обича да се захваща с нови неща.
Обича да организира и ръководи.	Неуверен в собствените си сили.
Похвалите и порицанията оказват по-силно въздействие върху него от колкото на другите.	Изпитва страх пред трудностите.
Безпокойство в движенията.	Постоянно безпокойство.
Върти се на мястото си.	Заспива трудно и спи неспокойно.



Намира се в постоянно движение.		
Бъбривост.		
Спи малко дори в детството си.		
С голям ентузиазъм се захваща със заданията, но никога не ги завършва.		
Рязко става.		
Сътрудничи.		
Често такива деца са съобразителни.		
Имат необикновени способности.		
Често имат някакъв талант.		

Ако трябва да обобщим то:

Критерий за оценка	Хиперактивно дете	Тревожно дете
Контрол на поведението	Постоянно импулсивен	Контролира поведението си
Двигателна активност	Постоянно активен	Активен в определени ситуации
Характер на движенията	Трескави и безпорядъчни	Неспокойни напрегнати движения

Много учители и родители смятат, че проблемът е в *сврхподвижността* на детето. Безспорно хиперактивното дете вади от равновесие и най-търпеливите родители и учители, като нарушава реда в класа или групата със своите изблици на енергия, дразнейки не само възрастните, но и своите връстници. Един от основните симптоми на хиперкинетичният синдром е **нарушението на концентрацията и вниманието** съчетани с **импулсивност и необмисленост на поведението**.

Детето е любопитно, но не и любознателно – то гледа, пита, слуша, но безпорядъчната сензорна моторика не му позволява да се организира в необходимите действия. Знанията

му са повърхностни, а междуличностните му взаимоотношения са крайно опростени.

И така ако трябва да обобщим трябва да помним:

- Симптомите трябва да са се проявили до осмата година;
- Да се наблюдават в двете сфери на дейност – училище и дома;
- Симптомите да не са част от друго разстройство на развитието, шизофрения или други нервно-психични разстройства (тук е един от основните приоритети на медицинските специалисти и психолозите);
- Симптомите трябва да се сериозно изразени и да носят сериозен психологически дискомфорт и дезадаптация;

Често педагозите питат: „Какво трябва да се прави, когато детето има признаците на хиперактивния синдром – диагнозата не е поставена, а родителите минимизират проблема с надеждата, че с възрастта всичко ще се промени“. В този случай настойчиво, но много тактично трябва да препоръчат на родителите да се обърнат към специалист психиатър или невролог – отговорността за поставянето на диагнозата е тяхна. В беседата задължително е важно да присъства обяснението, че е необходима своевременна помощ на специалист и че нещата нямат временен характер – липсата на реакция ще доведе до проблеми и в бъдеще, а своевременната намеса ще даде шанс за добрата адаптация и реализация на детето.

## 5. Потвърждение: Набор от инструменти за диагностика и ключове към тях

### 5.1. Въпросник за ситуации в училище – към учителите /Russell Barkley, 1981/

Име на детето..... дата.....

Име на учителя.....

Проявява ли детето проблеми в поведението в някои от следните ситуации? Ако да, отбележете колко тежки са те като заградите една от цифрите според степента на проявите.

<i>Ситуация</i>	<i>Да/Не лека..... тежка</i>
1. Когато пристига на училище	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. По време на самостоятелна работа на чина.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. По време на работа в група.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. По време на свободни занимания в клас.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. По време на преподаването на урока	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. През междучасието.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. По време на обяда.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Когато се придвижва по коридора.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. В тоалетната.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. По време на уроците на открито.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. По време на тържествата.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. В училищния автобус.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Други проблеми непосочени по-горе.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9

## 5.2. Поведенческа скала на Burk

Име..... Възраст..... Клас.....  
 Попълнена от..... Учител.....  
 Училище..... Дата.....

Моля степенувайте всяко твърдение като поставите X в подходящото квадратче след твърдението. Квадратчетата са от А до Д и отразяват степента до която сте наблюдавали описаното поведение.

Начинът на оценяване е описан по-долу.

А - Вие не сте наблюдавали това поведение изобщо

Б - Вие сте наблюдавали това поведение в лека степен

В - Вие сте наблюдавали това поведение в средна степен

Г - Вие сте наблюдавали това поведение в голяма степен

Д - Вие сте наблюдавали това поведение в изключително голяма степен

	А	Б	В	Г	Д
<b>Вегетативно - автономна</b>					
Свръхактивно и неуморимо	—	—	—	—	—
Ексцентрично, неуравновесено или разконцентрирано поведение	—	—	—	—	—
Лесно се разсейва, липсва постоянство в усилията и упоритост	—	—	—	—	—
В поведението се наблюдава цикличност	—	—	—	—	—
Качеството на работата може да варира всеки ден	—	—	—	—	—
Фантазиране и замечтаност, които се заменят от свръхактивност	—	—	—	—	—
Експлозивно и непредвидимо поведение	—	—	—	—	—
Трудно се самоконтролира (извиква или скача от мястото си)	—	—	—	—	—
Трудности в координацията във физически дейности (игри и др.)	—	—	—	—	—

### **Перцептивно - дискриминативна**

Объркване при четене и писане	—	—	—	—	—
Склонност към объркване при смятане; дава нелогични отговори	—	—	—	—	—
Способностите за четене са слаби	—	—	—	—	—
Липсва вариабилност на отговорите; повтаря се в много ситуации	—	—	—	—	—
Разстройва се при промяна в правилата	—	—	—	—	—
Обърква се при следването на инструкции	—	—	—	—	—
Объркан и несигурен за правилността на отговорите; нерешителен	—	—	—	—	—
Забележките в класната стая често са особени и странни	—	—	—	—	—
Трудности в логическото осмислянето на нещата заедно с другите	—	—	—	—	—

### **Социално - емоционална**

Изисква оказване на повече внимание	—	—	—	—	—
Лесно се разсейва особено от дейностите на другите	—	—	—	—	—
Често проявява инат и некооперативност	—	—	—	—	—
Често се оттегля бързо от групови занимания и предпочита да работи за себе си	—	—	—	—	—
Постоянни затруднения с другите деца и/или възрастни (забележимо неорганизиран и нецеленасочен)	—	—	—	—	—
Повърхностен в чувствата си към другите	—	—	—	—	—
Разплаква се често и лесно	—	—	—	—	—
Често се притеснява прекомерно от наказания	—	—	—	—	—
Изглежда нещастен	—	—	—	—	—
Често разказва странни истории	—	—	—	—	—

5.3. Въпросник за ситуации у дома – към родителите  
/Russell Barkley, 1981/

Име на детето..... дата.....

Име на специалиста.....

<i>Ситуация</i>	<i>Да/Не лека..... тежка</i>
1. Когато играе само	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2. Когато играе с други деца	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3. Когато се храни.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
4. Когато се облича.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5. Когато се мие/къпе	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6. Когато Вие говорите по телефона	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7. Когато гледа телевизия.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8. Когато имате гости	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9. Когато сте на гости.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10. Когато сте в магазин, ресторант или на друго обществено място	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
11. Когато го накарате да свърши нещо вкъщи	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
12. Когато си ляга.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
13. Когато пътувате с кола.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
14. Когато е с детегледачка.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
15. Когато е в училище.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9
16. Когато го накарате да пише домашни.	Да Не 1 2 3 4 5 6 7 8 9

## 6. Заедно

### 6.1. Медикаментозно лечение.

Медикаментите могат да помогнат на симптомите на дефицит на вниманието с хиперактивност, но те не са лекарството – чудо, което търсим. Те помагат за контрола на симптомите и в частност помагат на детето да се научи да живее по-добре в училище, у дома и в обществото. Смята се, че дори дългосрочната употреба на медикаменти не води до пълно излекуване на Дефицит на вниманието с хиперактивност. Според съвременните проучвания въздействието на медикаментите върху социалните и академични постижения са ограничени и обикновено не са дългосрочни.

При определяне на терапевтичните методи е добре да бъдат внимателно диференцирани първичните симптоми на дефицит на вниманието с хиперактивност като невнимание, хиперактивност и импулсивност от една страна и придружаващите проблеми като академични затруднения, социални дисфункции, ниска самооценка, депресивно настроение. Проучванията показват, че по отношение на основните симптоми, медикаментите и в частност психостимулантите, значително помагат на около 80% от децата (Horrigan, 2000).

По света съществуват множество медикаменти за лечение на дефицит на вниманието с хиперактивност – които принадлежат към клас, наречен стимуланти. Единственият, регистриран в България медикамент е Concerta, който съдържа Methylphenidate.

Повечето медикаменти с Methylphenidate имат ефект само няколко часа, така че се препоръчва дневната доза да се дава три пъти на ден. Наличната в България Concerta е с по-дълго действие – разработена по специална технология за дванадесетчасово освобождаване и прием само веднъж дневно.

Ползата за детето от еднократен дневен прием е, че се избягва неудобството и се запазва кофиденциалността в училище. Това от своя страна, увеличава вероятността децата да приемат лекарството точно по предписания начин. Липсата на необходимост да се носят лекарствата в училище е голямо предимство.

Стимулантите нямат стандартна доза – най-добрата доза при всяко отделно дете е различна. Обикновено се започва с ниска доза, която постепенно се повишава, като се търси най-добрия баланс между ефективност и странични ефекти. На този етап от

лечението родителите и учителите могат да бъдат помолени да проследяват поведението на детето доста интензивно като използват стандартни въпросници.

Възможните странични ефекти на стимулантите са по-чести в началото на лечението и постепенно изчезват след около една – две седмици. Те могат да бъдат:

- главоболие
- намален апетит
- безсъние – макар че това може да е както симптом на самото заболяване, така и страничен ефект от лечението
- коремни болки
- нервност и подтиснато настроение
- по всяко време от лечението могат да се появят тикове

Освен това лекарите редовно трябва да проверяват кръвното налягане и пулса, както и да следят наддаването на ръст и тегло всеки месец.

## **6.2. Ролята на специалистите**

Дефицит на вниманието с хиперактивност се диагностицира от специалисти - детско-юношески психиатри, детски невролози, специалисти по психология на развитието. Работата на детския лекар или училищния психолог е да разпознае детето, което може би има дефицит на вниманието с хиперактивност и да го насочи към специалист за оценка на състоянието.

Първичното интервю на детския лекар или училищния психолог следва да включва:

Въпроси относно поведението на детето (лесно ли се отвлича вниманието му; завършва ли нещата, които започва; движи ли се прекалено; може ли да изчаква реда си и т.н.).

Кога са започнали проблемите и колко дълго продължават?

Как поведението на детето се отразяват на живота у дома и в училище – проблемите само в училище ли се случват, само в къщи или в различни ситуации?

Но пълната оценка обикновено трябва да включва:

Интервю с родителите

1. Подробности от бременността и раждането



2. Прекарани заболявания и провеждани лечения в миналото
3. Въпроси за семейството – фамилна обремененост
4. Подробности от развитието на детето – кога е проговорило, кога е проходило и т.н?
5. Оценка на проблемното поведение на детето
6. Взаимоотношенията в семейството
  - Интервю с детето относно това:
    1. Как се справя в семейството, в училище и с приятелите
    2. Изглежда ли потиснато или тревожно
    3. Какво мисли за проблемите си и как се справя с тях
    4. Как се държи в училище или на други места
      - Екипът, също така, трябва да получи информация от учителите за това как детето се справя в училище, как се държи, каква е връзката учител-дете, как учителят се справя с поведението на детето и как са се развили проблемите, откакто детето е на училище.
      - Физикален преглед, оценка на слуха и зрението.

### **6.3. Ролята на семейството.**

При работата си с родителите на хиперактивни деца следва да привлечете вниманието им, че в домашната програма за корекция при синдром на дефицит на внимание и хиперактивност трябва да преобладават поведенческите аспекти, като може да се базирате на следните съвети изведени от специалистите:

1. *Промяна поведението на възрастния по отношение на детето:*
  - Проявявайте достатъчно твърдост и последователност във възпитанието;
  - Запомнете, че силно изразената „пипкавост“, подвижността и недисциплинираността не са съзнателни и умишлени;
  - Контролирайте поведението на детето, без да му налагате твърди правила;
  - Не давайте на детето категорични указания, избягвайте „не“ и „не трябва“;
  - Изграждайте взаимоотношенията си с детето на принципа на взаимното разбиране и доверието;
  - Избягвайте от една страна прекомерната мекота и отстъпчивост и прекомерната взискателност от друга;

- Реагирайте по неочакван начин на действията на детето си – пошегувайте се, повторете действието му, фотографирайте го, оставете го само в стаята и т.н.;

- Повторете молбата си с едни и същи думи много пъти;

- Не настоявайте детето да ви се извини и разкае за постъпката си;

- Изслушвайте го;

- За подкрепа на словесните инструкции, използвайте и зрителни стимули и помагала;

#### 2. *Промяна на психологическия микроклимат в семейството:*

- Отделяйте достатъчно внимание на детето;

- Почивните дни се старайте да е събрано цялото семейство и да прекарате уикенда заедно;

- Не допускайте детето да е свидетел на скандали;

#### 3. *Организация на деня и режим:*

- Направете твърдо разпределение на деня за детето включително и на цялото семейство;

- Често показвайте на детето как правилно да изпълнява задачите си;

- Снизете влиянието на отвличащите фактори при изпълняването на задачи от страна на детето;

- Ограничете хиперактивното дете от продължителни занимания с компютър и телевизия;

- Избягвайте големи събирания на хора около него;

- Запомнете, че претоварването спомага за снижаването на самоконтрола му и нарастването на хиперактивността;

#### 4. *Специални поведенчески програми:*

- Измислете гъвкава система за възнаграждения при добро изпълнение на задачите и „наказания“ за лошо поведение. Може да се използва баловата или знаковата система, направете дневник за всеки ден;

- Не прилагайте физически наказания! Ако е необходимо наказание, то нека да е изолация за определено време или спокойно стоене;

- Често хвалете детето. Прага му на чувствителност към отрицателните стимули е твърде нисък, затова хиперактивните деца не понасят наказания, но са твърде чувствителни към поощрения;

- Направете списък с големи букви на задълженията на детето и го закачете на стената. Подпишете „договори“ за определени видове дейност;

- Възпитавайте в детето навици да управлява гнева и агресията си;

- Не се старайте да предотвратите последствията от забравянето при детето си;

- Постепенно увеличавайте задълженията, като предварително ги обсъдите с детето;

- Не разрешавайте отлагане на изпълнението на определена задача за друг момент;

- Не давайте на детето задачи несъответстващи на нивото му на развитие, възрастта и способностите му;

- Помагайте на детето да започне изпълнението на определена задача, а също и в най-трудните и моменти;

- Не давайте по няколко задачи и наставления едновременно. Задачите, които му давате трябва да са максимално опростени, детайлизирани в групички;

- Обяснете на хиперактивното дете за проблема му до колкото това е възможно и го учете да се справя;

***И най-важното – потърсете помощ от психолог!***

*Запомнете, че вербалните средства за убеждение, призивите и беседите рядко дават резултат, защото хиперактивното дете все още не е готово за подобна форма на работа.*

*Помнете, че за дете със синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност най-ефективни са действията, които се изпълняват „през тялото“:*

- Лишаване от удоволствия и лакомства;
- Забрана на приятна дейност и телефонни разговори;
- Използване на „изключено време“ (изолация в ъгъл, „стол на наказания“, „домашен арест“, ранно лягане за сън);

- Черна точка на китката на ръката, която може да бъде отменена след 10 минутно седене на „стола на наказания“;

- Извънредно дежурство в кухнята;  
Не бързайте да се намесвате в действията на хиперактивното дете с директни указания, забрани и наказания;
- Ако се успива и не иска да става - оставете го веднъж да закъснее (нека получи „урок в живота“) и да дава обяснение пред класния ръководител;
- Ако е счупил стъкло - нека сам да дава обяснение на съседа и да намери начин да оправи щетата;
- Не търсете обяснение за изчезналите пари - нека остане лишен от лакомство или удоволствие, обещана покупка, това ще има своя възпитателен ефект;
- Ако губи вещите си не му се притичвайте на помощ – нека сам да ги търси! Следващия път ще бъде по-отговорен към тях.

Помнете:

- след всяко понесено наказание е необходима позитивна емоционална подкрепа – знак за „приемане“. Голям ефект има методиката на „позитивният модел“ състоящ се в постоянно поощряване на желаното поведение и игнориране на нежеланото. Необходимото условие преди всичко е разбирането за проблема на своето дете от страна на родителите.
- невъзможно е да постигнете изчезването на хиперактивността, импулсивността и невнимателността във вашето дете за няколко месеца.
- синдромът на дефицит на внимание и хиперактивността е заболяване, изискващо своевременна диагностика и комплексна корекция: психологическа, медицинска, педагогична. Успешната рехабилитация е възможно най-ефективна, ако започне на възраст 5-6 години.

## **6.4. Ролята на педагогическия съветник и на административния персонал в училище в терапевтичната работа.**

6.4.1. Административно-правни механизми за реакция от страна на пед.съветници, учители и директори при идентификация на дете с хиперкинетично разстройство.

Достъпът до образование и наличието на подкрепяща среда за деца, които имат специални образователни потребности (СОП) са предпоставки за равнопоставеност и за пълноценно участие в живота.

В действащата нормативна уредба в Република България, са регламентирани необходимите базисни предпоставки за интегриране на деца със специални образователни потребности в системата на народната просвета - Закона за народната просвета, Закон за закрила на детето, Правилник за прилагане на Закона за народната просвета, Правилника за дейността на Ресурсните центрове за подпомагане на интегрираното обучение и възпитание на деца и ученици със специални образователни потребности, Наредба 1 от 23 януари 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания.

### **Какво са специални образователни потребности (СОП)?**

#### **Дете със специални образователни потребности (СОП)**

е синоним на широко използвания в англоезичната педагогическа литература термин *children with special educational needs*, с който се прави отказ от използваните медицински категории и акцентът се поставя върху образователните нужди на детето и педагогическият аспект на въздействие.

В българското законодателство понятието „деца със СОП” има своята легална дефиниция в чл. 2, ал. 1 от Наредба 1 от 23 януари 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания.

Децата и учениците със специални образователни потребности са с:

1. различни видове увреждания – сензорни, физически, умствени (умствена изостаналост), множество увреждания **и/или**
2. езиково-говорни нарушения **и/или**
3. **обучителни трудности.**

### **Какво означава интегрирано обучение?**

Интегрирано обучение на деца със СОП е такова обучение, при което детето **независимо от вида на увреждането или обучителните трудности е включено в общата образователна среда**. Това се осигурява чрез изграждането и функционирането на подкрепяща среда, която включва подходящи архитектурни и социално-битови условия, индивидуални образователни програми, екип за комплексно педагогическо оценяване, специалисти подпомагащи процеса на обучение, специални учебно-технически средства и апаратура, дидактически материали и помагала.

Основните принципи на интегрираното обучение са:

- всяко дете има право на равен достъп до образование;
- за всяко дете детската градина и училището трябва да осигурят обучение, насочено към детето и неговите потребности;
- всяко дете е уникална личност със своите качества, интереси, способности и образователни потребности;
- всяко дете със специални образователни потребности има право да се обучава по индивидуални образователни програми, съобразени с неговите възможности и потребности;
- детските градини и училища, в които са интегрирани деца със специални образователни потребности, създават толерантно общество и постигат образование за всички.

### **С какви механизми разполага училището при идентификация на дете с дефицит на вниманието и хиперактивност?**

При идентифициране на дете с дефицит на вниманието и хиперактивност, детската градина или училището следва да запознаят родителите (настойниците/попечителите) подробно с възможностите, които им предоставя нормативната уредба за обучението на тяхното дете и интеграцията му в детската градина/училище.

#### **1. Екип за комплексно педагогическо оценяване**

На първо място това е извършването на първична оценка от **екип за комплексно педагогическо оценяване** (ЕКПО) на общото развитие на детето или ученика, въз основа на която да се препоръча видът и формата на обучение, видът на ресурсното

осигуряване и подпомагане на училището, които са подходящи за обучението на конкретното дете.

**Екипът за комплексно педагогическо оценяване** е формиран към регионалния инспекторат по образованието в съответната област и включва в постоянния си състав: експерта по интегрирано обучение и специални училища, ресурсен учител, логопед, рехабилитатор на слуха и говора и психолог от съответния ресурсен център за подпомагане на интегрираното обучение и възпитание на деца и ученици със специални образователни потребности, учител от детска градина, от общообразователно или професионално училище, учител - специален педагог от специално училище, както и лекар, определен от съответната регионална здравна инспекция. При необходимост в зависимост от всеки конкретен случай в състава на ЕКПО могат да се включват и други специалисти.

Решението на ЕКПО съдържа предложение за най-добрите възможности на детето да участва пълноценно и по най-достъпен начин в процеса на овладяване и прилагане на знания и умения.

За извършване на оценяването е необходимо да се подадат следните документи в съответния регионален инспекторат по образованието (РИО):

- молба до началника на РИО от родител (настойник/попечител);

- медицински документ, издаден от съответния лекар специалист или от лекарска консултативна комисия, специализирана по профила на заболяването или от териториална експертна лекарска комисия, с приложени резултати от проведени медицински консултации и изследвания в зависимост от вида увреждане или нарушение;

- Психолого-педагогическа характеристика на ученика;

- Творчески работи на детето, писмени работи, рисунки и др;

- Удостоверение за раждане;

- Ученическа лична карта или лична карта;

- Удостоверение за завършена подготвителна група, клас или етап на образование;

- Лична амбулаторна карта;

- Други документи.

Освен първична оценка на общото състояние на детето, ЕКПО има и следните правомощия:

- да извършва консултативна дейност и да осъществява психологическа подкрепа на родители (настойници/попечители) при вземане на решение за избор на обучение на детето;

- да извършва оценка на образователните потребности на децата и учениците със специални образователни потребности в задължителна училищна възраст;

- да съдейства за ресурсното подпомагане на интегрираното обучение и възпитание на деца и ученици със специални образователни потребности, като:

- а) прави предложения до директорите на детските градини и училищата, в които се осъществява интегрирано обучение, за броя на ресурсните учители, тяхната квалификация и местоназначението им за подпомагане на интегрираните деца и ученици;

- б) оказва методическа помощ, координация и контрол на екипите в детските градини и училищата, в които са интегрирани деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания.

## **2. Екип за подпомагане на обучението и възпитанието на деца и ученици със специални образователни потребности**

Екипът се сформира в детската градина и училището и извършва комплексно педагогическо оценяване след постъпването на децата и учениците със специални образователни потребности с цел да подпомага обучението и възпитанието им. Въз основа на получена информация от учителите и след получено съгласие на родителите (настойниците/попечителите) екипът извършва комплексно педагогическо оценяване на други деца и ученици, които изостават в обучението си.

Комплексното педагогическо оценяване се извършва съгласно количествени и качествени показатели, установени чрез формални и неформални процедури – стандартизирани психологически тестове, анкети, интервюта и други диагностични методи.

Основната цел на това оценяване от екипа в детската градина или училището е конкретизиране на образователните потребности на детето със СОП и установяване на възможностите



му за обучение по учебни планове и учебни програми съответстващи на индивидуалното му развитие.

В резултат на извършеното комплексното педагогическо оценяване се определят:

- формите за обучение в зависимост от вида и степента на затруднението при обучение;

- потенциалните способности и индивидуалните образователни потребности на детето;

- основните цели и задачи на обучението и развитието, свързани с възможностите и потребностите на детето;

- специалните методи и средства за постигане на целите и задачите;

- индивидуалния подход при работа с детето;

- необходимите специалисти за работа с детето.

Екипът в детската градина или училището провежда оценяването на образователните потребности, като всеки от членовете работи индивидуално и изготвя писмен доклад за всяко дете или ученик, на база на които се изготвя общо становище и се попълва карта за оценка.

Важна част от дейността на екипа е разработването на индивидуални образователни програми за съответната учебна година съвместно с учителите, класните ръководители, психолог, логопед, родител (настойник/попечител) и други специалисти когато това е необходимо. През целия период на обучение, екипът проследява динамиката в развитието на детето със СОП и изпълнението на индивидуалната образователна програма, като в зависимост от констатираните резултатите могат да бъдат направени промени в нея.

Специалистите включени в екипа извършват консултативна дейност с всички деца и ученици в групата или паралелката, в които са интегрирани деца и ученици със специални образователни потребности и подпомагат работата на учителите, като осигуряват необходимите дидактически и тестови материали.

### **3. Обучение по индивидуални образователни програми**

Индивидуалната образователна програма (ИОП) се разработва от Екип за подпомагане на обучението и възпитанието на деца и ученици със специални образователни потребности в училището и има за цел да подпомогне детето или ученика със

специални образователни потребности при усвояване на знания и умения за постигане на държавните образователни изисквания за предучилищното възпитание и подготовка или за учебното съдържание в съответствие с индивидуалните им потребности и потенциалните възможности; да стимулира цялостното развитие на детето или ученика; да подпомогне развитието на социалните умения за самостоятелен и независим живот с оглед на успешна социална интеграция и професионална реализация.

Индивидуалната образователна програма съдържа конкретни задачи в рамките на учебните програми по един или повече учебни предмети от учебния план и включва следните раздели:

- потенциални възможности и потребности на детето или ученика на базата на извършената оценка от екипите за комплексно педагогическо оценяване и за подпомагане на обучението и възпитанието на деца и ученици със СОП;

- основни цели и задачи на обучението, възпитанието и развитието, свързани с възможностите и потребностите на детето или ученика;

- специални методи и средства за постигане на поставените цели и задачи;

- области, в които се планират конкретни дейности за постигане на поставените цели и задачи;

- критерии за определяне на постигнатия напредък в обучението, възпитанието и развитието;

- оценъчна скала за равнището на усвоените знания, умения и компететности, когнитивното развитие, езиково-говорното развитие и комуникативните умения, емоционалните, характеровите и поведенческите особености в съответствие с вида и степента на затруднението при обучение;

При приключване на обучението за съответната учебна година е необходимо да бъдат представени постигнати резултати във всяка от определените области в индивидуалната образователна програма, както и да бъдат направени предложения за промени в програмата за постигане на по-високи резултати от обучението, възпитанието и развитието на детето или ученика.

Индивидуалната образователна програма се разработва при спазване на следните основни принципи:

- зачитане правата на детето;

- индивидуален подход при планиране на дейностите с акцент върху способностите, уменията и силните страни на детето или ученика;

- комплексно въздействие на планираните дейности;

- приемственост и системност на планираните дейности;

- осигуряване възможност за избор от детето и неговото семейство, въз основа на предварително предоставена информация.

Важно е родителите (настойниците/попечителите) да бъдат запознати подробно както с основните цели, необходимостта, предимствата и очакваните резултати от обучението на тяхното дете по индивидуални образователни програми, така и с условията за завършване на етапи и степени на образование, документите, които се издават и възможностите за продължаване на образованието, преди да дадат съгласието си за този вид обучение.

Децата и учениците със специални образователни потребности, които се обучават по индивидуални образователни програми, но постигат държавните образователни изисквания за предучилищното възпитание и подготовка и за учебното съдържание продължават обучението си по програмите на съответната детска градина или по училищния учебен план и учебните програми на съответното училище и получават удостоверение за завършена подготвителна група/подготвителен клас или документ за завършен клас, етап или степен на образование съгласно държавното образователно изискване за документите за системата на народната просвета.

Учениците със специални образователни потребности, които са завършили обучението си за етап или степен на образование по индивидуални образователни програми, но не са постигнали държавното образователно изискване за учебното съдържание, получават удостоверение за завършен клас, а завършилите XII клас – удостоверение за завършен гимназиален етап, съгласно държавното образователно изискване за документите за системата на народната просвета.

#### **4. Осигуряване на ресурсно подпомагане**

Друга възможност за осъществяване на адаптирано обучение на деца със СОП е ресурсното подпомагане на интегрираното обучение и възпитание.

Децата и учениците със СОП, имат право на ресурсно подпомагане от специалист, който да подкрепя общообразователния учител. Ресурсният учител трябва добре да познава спецификата на основните диагностични категории деца със СОП. Дватама учители трябва да изградят силна връзка на взаимна помощ. Чрез образователни услуги директно насочени и индивидуализирани към учениците със СОП се осигурява максималното им включване в общообразователната среда.

**Ресурсните центрове** координират процеса на интегриране на децата и учениците със специални образователни потребности в системата на народната просвета, като:

- взаимодействат с учители и родители (настойници/попечители);

- осъществяват ранно педагогическо въздействие на деца със специални образователни потребности;

- участват чрез свои специалисти в състава на екипите за комплексно педагогическо оценяване към регионалните инспекторати по образованието при оценяването на образователните потребности на децата и учениците с увреждания и при насочването им към обучение;

- участват в разработването на индивидуалните образователни програми за обучение и развитие на интегрираните деца и ученици със специални образователни потребности;

- провеждат обучение на интегрираните деца и ученици със специални образователни потребности съвместно с учителите на групата в детската градина или в паралелката в училището, в които се осъществява интегрирано обучение и възпитание;

- провеждат индивидуална и групова работа с интегрираните ученици;

- разработват дидактични материали за подпомагане на обучението и възпитанието на деца и ученици със специални образователни потребности;

- организират и участват в осъществяването на различни форми за повишаване на знанията и уменията на учители,

работещи с деца и ученици със специални образователни потребности;

Определянето на ресурсен учител на дете със СОП се извършва след подадена молба от родителите (настойниците/попечителите) за ресурсно подпомагане с приложения към нея - копие от удостоверение за раждане, експертно решение на РЕЛК/ ТЕЛК или изследване от клиничен психолог, протокол на ЕКПО към РИО, психолого-педагогическа характеристика от класния ръководител.

Ресурсното подпомагане следва да обхване и въпроси свързани с необходимостта от специална или допълнителна помощ, кой ще осигури тази помощ и колко често, как родителят (настойникът/попечителят) може да помага на детето си у дома, по какъв начин и на какъв период ще бъде проверяван напредъка на детето.

Ресурсният учител е един особено ценен помощник на учителите преподаващи на дете със СОП. В резултат на извършваната от него индивидуална работа с детето и познанията му в областта на специалната педагогика той може да определи в кои области на възпитанието и обучението на конкретното дете със СОП е необходима допълнителна помощ.

Всички възможни варианти за подпомагане възпитанието и обучението на дете със СОП, които бяха изброени до тук са нормативно уредени и са възможни единствено и само след съгласие на родителите (настойниците/попечителите).

Често пъти в практиката срещаме случаи на идентифициране на дете с дефицит на вниманието и хиперактивност от страна на детската градина или училището и пълно неприемане на този факт от родителите (настойниците/попечителите). Въпреки разяснителната работа на ръководство, педагози и педагогически съветник родителят (настойникът/попечителят) не желае да предприеме действия с цел осигуряване на психолого-педагогическа подкрепа на детето си. В този случай директорът на детската градина или училището следва да изпрати уведомително писмо до съответния отдел за закрила на детето за осигуряване най-добрата закрила на интереса на детето или ученика.

Във всеки един етап от процеса на обучение на деца със СОП е важно училището да не забравя, че децата с обучителни

трудности, трябва да бъдат предпазени от усещането за провал (неуспех). Върху учебните цели, които децата със СОП не могат да постигнат, не трябва да се набляга допълнително, а да се изискват само неща, които са по силите им. Децата трябва да бъдат хвалени, когато дават най-доброто от себе си, дори и ако то не съответства на показаното от техните връстниците.

Успехът ражда успех. Най-добрият мотив за детето с обучителни трудности (детето със СОП) е съзнанието, че успява. Ако възрастните наоколо демонстрират доверие в него, е вероятно и то самото да има доверие в себе си.

#### *6.4.2.Техники за работа на педагогическия съветник с хиперактивните деца и техните семейства.*

Психологът, в частност училищният психолог, има твърде важно място в комплекса от терапевтични стратегии. Целите на неговата работа са:

- моделиране на ново поведение у детето, семейството, учителя;
- създаване на конкретни принципи за изграждане на добро самочувствие и самоуважение на детето.

Намесата на психолога е необходима, особено като се имат предвид крайните резултати от negliжиране на проблема и недобрата прогноза в значителен процент от тези случаи.

Подходяща за децата с дефицит на вниманието с хиперактивност е **позитивната психотерапия**. Акцентът трябва да се поставя върху това, което детето може, а не върху това, което не може. С дефицитите работят други специалисти – логопеди, педагози. Позитивното преформулиране на проблемите се осъществява както в непринуден разговор със самото дете, така и с неговото семейство. Обсъждат се отделните прояви на „неможене” и на това „кое може най-добре”. Акцентира се върху способностите на детето (Манова, 2000). Както видяхме, твърде често хиперактивните деца са много креативни и изобретателни и тяхната енергичност може да се впрегне в развиване на интересни дейности, хоби, спорт и други. Препоръчва се насочване към индивидуални спортове. Те са изключително полезни, защото развиват умения и способности, които повишават самочувствието на детето, изгражда се и усет за организация, калява се волята и

т.н. Психологът трябва да прецени индивидуалните особености на детето и да го мотивира за правилен избор.

Позитивното преформулиране на проблема включва изучаване на характерните особености на семейството и конкретна работа със семейството. Родителите трябва да бъдат убедени, че детето им има способности.

Много е важно семейството да не се фиксира върху симптомите и проблемите на детето. В детска възраст най-силната възможност за позитивна психотерапия е полето на фантазията, която се реализира най-често с игри. И тук е абсолютно необходима съвместната работа на психолога и родителите. Те са хората, които най-добре ще реализират на практика основните дейности в търсене на нова алтернатива в отношенията – чрез излети, съвместни игри, домашни семейни занимания и друго.

За да е ефективна работата на психолога, още в началото трябва да се формулират и обсъдят целите, които се поставят. Добре е те да бъдат малко на брой, ясни и постижими. В хода на работата целият процес се движи между полюсите на очакваното и постигнатото. Така ще стане ясно, че усилията си струват, детето има реални, взети от него решения, изпълнени задачи, които го мотивират и създават самочувствие. Магично въздействие върху детето с дефицит на вниманието с хиперактивност има гласното поощрение, когато е свършило добре своята работа – „Браво!“, „Видя ли, че можеш!“, „Ти си герой!“, „Чудесно го правиш!“. Поощренията се дават само тогава, когато има достатъчно причини за това.

Друг важен терапевтичен подход, който е показал добра ефективност е **поведенческата психотерапия**. Тя е насочена предимно към това определени поведения да се стимулират или подтискат в зависимост от последствията и резултатите от тях. Най-просто родителите ще повишат честотата на желаните поведения, като награждават детето тогава, когато те са реализирани. Така детето ще знае, че добрите неща идват след добро поведение и обратно. На практика обаче поведенческата терапия е много по-трудна за прилагане отколкото изглежда на пръв поглед. За никого не е лесно да бъде напълно последователен и обективен, да намира подходящи награди и наказания, съответни за всяка ситуация, а децата не винаги успяват да се подчиняват на тези прости правила.

Към целите на психологичното въздействие могат да се добавят фамилна терапия, особено за пациенти с поведенчески отклонения, стратегия за развиване на добра самооценка, развиване на умения за самонаблюдение.

Без значение от избора на психотерапевтична стратегия от страна на работещия с детето психолог-психотерапевт, той би могъл да предложи някои практически съвети, които да подпомогнат родителите в тяхното ежедневие. Такива съвети може да намерите в Приложение 5 на настоящата книга.

*6.4.3. Техники за работа на учителя с децата с хиперкинетично разстройство.*

***В началото на тази част трябва дебело да бъде подчертано: Алгоритъм за работа със синдрома няма!!!***

При всеки случай се действа диференцирано според спецификата и динамиката му. Всяка една от препоръките може да сработи в даден момент, но в следващия да не е ефективна – затова всички насоки и съвети имат препоръчителен и информационен характер.

### **Практически съвети за работа с хиперактивни деца**

*Училищната програма за рехабилитация се опира на когнитивната корекция, за да помогне на детето да се справи със затрудненията в обучението:*

1. Промени в обкръжението:

- Изучете особеностите на децата със синдром на дефицит на внимание и хиперкинезия;
- Работете с тези деца индивидуално – хиперактивното дете трябва да е винаги пред погледа ви (в центъра на класната стая срещу учителската катедра);
- Променете хода на урока, като включите време за физически упражнения;
- Разрешете (по възможност) на хиперактивното дете на всеки 20 минути да ходи из класната стая;
- Дайте възможност на хиперактивното дете да може да се обръща към вас при затруднение;
- Насочете енергията му към полезни дейности – да изчисти дъската, да раздаде тетрадките и пр.



2. Създайте положителна мотивация:

- Въведете знакова система за оценяване;
- Често хвалете детето;
- Протичането на уроците трябва да е с едно и също темпо;
- Избягвайте завишаване или понижаване на изискванията към ученика с хиперкинетичен синдром;
- Използвайте в уроците си елементи на игра и съревнование;
- Давайте задачи, съответстващи на способностите му;
- По-големите задачи ги разбивайте на по-малки части, като контролирате всяка от тях;
- Създавайте ситуации, в които хиперактивното дете може да покаже своите силни страни и може да стане експерт в някоя област на познанието;
- Научете детето да компенсира нарушените функции за сметка на запомнянето и съхраняването на постигнатото;
- Игнорирайте негативните прояви и поощрявайте позитивните;
- Запомнете, че с детето трябва да се договорите и разберете, а не да се опитате да го пречупите;

3. Корекция на негативните форми на поведение:

- Помагайте за заличаване формите на агресия;
- Обучавайте го на необходимите форми на социалната норма и навиците за общуване;
- Регулирайте взаимоотношенията му със съучениците му;

4. Регулирайте очакванията:

- Обяснете на родителите, че положителните резултати няма да настъпят толкова бързо колкото им се иска;
- Обяснете на родителите и обкръжението на детето, че подобрението на състоянието на детето зависи не само от специалното лечение и корекция, а и от спокойното и последователно отношение;

Помнете, че докосването е силен стимул за формирането на поведение и развитието на навици за обучение. Докосването е като „котва“ за положителния опит. Педагози от Канада са направили експеримент с докосване на учениците, потвърждаващ

ефективността на казаното (5 пъти дневно учителя намира начин да постави ръцете си върху раменете на 3 проблемни деца с думите „аз те харесвам“. При нарушения учителя ги игнорира сякаш не ги забелязва).

**Помнете, че хиперактивността е поведенчески проблем, но не е резултат от лошо възпитание, а е медицинска и невропсихологична диагноза, която може да бъде поставена след специализирано изследване.** Проблема за хиперактивността е невъзможен за решаване с волево усилие или авторитарни наказания. Хиперактивното дете има психофизиологичен проблем, с който не може да се справи само. Дисциплинарните наказания, забележки, повишаване на тон и нотации не водят до подобрене, а напротив - влошават положението. Ефективните резултати на корекция на синдрома се постигат при оптимално съчетаване на медикаментозни с немедикаментозни методи, към които се отнасят психологическите и невропсихологическите корекционни методи.

## **7. Последници при късно диагностициране или negliжиране на проблема и регресната им рефлексия върху заболяването**

### *7.1. Склонност към употреба на наркотици и психотропни вещества*

Съществуват множество теории за произхода на употребата на психоактивни вещества и свързаните с това проблеми. Всички ние знаем, че базисните инстинкти са глад, жажда, физическо оцеляване, секс и те са характерни не само за човека, но и за висшите животни. Поеменато на определени химически вещества може да се разглежда като един рискован и често дисфункционален начин на задоволяването на един като цяло нормален и дълбок инстинкт. Употребата на психоактивни вещества ще съществува винаги. Зависимостта от психоактивни вещества е процес, който се развива постепенно и преминава през няколко етапа. Започва с експериментиране с вещества, обикновено в младежка възраст и най-често под влияние на средата и приятелите. По принцип експериментаторското поведение е нещо съвсем нормално и очаквано в тази възраст. Подрастващите експериментират с всичко – стил на облекло, музика, секс, шофиране и, за съжаление, дрога, и алкохол. Независимо от това, колко информация им се предлага за потенциалните рискове от употребата на психоактивни вещества, те ще продължат да експериментират и неуспехът на повечето привативни информационни програми е ясно доказателство за това. Превенцията сред младите, която се основава на предлагане на информация за рисковете, не води до дълготраен ефект поради следните причини:

1. Експериментирането е нормално поведение при подрастващите. В повечето случаи то е функционално, обслужва важни жизнено цели и чрез него се формира тяхната автономност.
2. Предлагането на информация само по себе си никога не води до трайни промени в поведението на човека.
3. В психологичния живот на подрастващите концепцията за „смърт“ просто не съществува и затова плашенето им с чернодробна цироза или белодробен рак е практически загуба на време.

Колкото и неприятно да е това за всеки родител, нашите деца почти със сигурност ще имат контакт с алкохол и дрога. Естеството е повлияно както от любопитството на човека на тази възраст, така и от тежкия натиск на средата. Данните показват, че огромното мнозинство младежи, дори ако веднъж или няколко пъти са взимали твърда дрога не продължават употребата и не развиват зависимост. Решаващият фактор е правилният и навременен избор, който е възможен при наличие на две главни условия – протективни средови фактори – най-вече семейни и достатъчно добре изграденото умение на младия човек да направи своя избор. Това умение не е инстинкт, с който хората са раждат, а е социално умение, което се развива. При подрастващите склонността от употреба е в следващата фаза „активно търсене”. В тази фаза ефектите на веществата са познати и се наблюдава определен интерес към събирания на места, където наличието им е вероятно, както и с групи, които одобряват тяхната употреба. Тези хора смятат, че напълно контролират процесите и могат да спрат, когато поискат. Приятелският кръг се променя. Старите приятели, които не употребяват дрога, постепенно се отдръпват и се сменят с други, повечето от които също се дрогираат и в тази субкултура употребата е част от социалните ритуали и норми. Затова, при липса на други поведенчески алтернативи, употребата най-често продължава и се появяват първите психологически и социални проблеми. Както виждаме, кръгът на поведенческите опции се стеснява все повече и повече. Разбирането на тези етапи при формирането и склонността към зависимост е важно от практическа гледна точка. Терапевтичните рехабилитационни интервенции при злоупотребяващи съществено се различават по интензивност и продължителност от тези при зависимите пациенти.

Всяка култура е изработила в продължение на столетия социални ритуали, забрани и механизми за контрол върху употребата на психоактивни вещества. Обществото, като всяка група, се стреми хъм хомеостазата, т.е. към максимална стабилност с минимални промени и затова притоводейства на нечия злоупотреба с ограничаване на достъпа до самия злоупотребяващ (болници, затвори, изолация). И при двата начина на реакция проблемът се видоизменя, но не изчезва.

Морализаторството и страховете по отношение на употребата и злоупотребата с психоактивни вещества са точно толкова изразени в обществото сега колкото и тогава, само че формите са други.

Определянето на употребяваното психоактивно вещество, може да стане въз основа на данни получени от самото лице, обективни анализи на кръв, урина и др., или други доказателства. Много от употребяващите приемат от един тип психоактивно вещество. Независимо от това диагнозата на разстройството трябва да бъде класифицирана, когато това е възможно, според най-важното или основно вещество (или група вещества), които лицето употребява. Това може обикновено да се направи с оглед конкретното вещество или тип вещество, причиняващо наличното разстройство. Когато имате съмнения кодирайте това вещество или тип вещества, с които най-често се злоупотребява, особено в случаите, при които има продължителна или ежедневна употреба. Склонността от употреба на психоактивни вещества е в резултат на множество социални, психологични фактори, (например деца на разведени родители, един от родителите попаднал в места за лишаване от свобода, приятелски кръг, преживяна травма или стрес и др.)

Употребата на амфетамини или метамфетамин, често инжекционно, съответства на значителен дял от общия брой проблемно употребяващи наркотици и лицата, търсещи помощ за проблеми, свързани с наркотици. Съществува обща връзка между употребата на синтетични наркотици, често заедно с алкохол, и посетителите на нощни заведения и събития с танцова музика. Склонността от употребата на това вещество варира между 15-16 годишна възраст сред учениците. Метамфетаминът се посочва като основен проблемен наркотик, употребяващ се чрез инжектиране. Постъпващите на лечение са на по- висока възраст-около 25 г. възраст.

Склонността към употреба на екстази варира от диапазона 15-16 годишна възраст или от 1% до 5%. По данни на годишния доклад от 2012 г. за състоянието на проблема с наркотиците мъжете съобщават за много по-високи равнища на употреба от жените. Разпространението на този опият става предимно в нощни заведения и училищна среда. Малко деца и подрастващи търсят лечение за проблеми свързани с екстази. Пациентите, които се

лекуват за употреба на екстази, са на средна възраст 26 години, което ги прави една от най-младите групи, постъпващи на лечение за употреба на наркотици. Съотношението мъже – жени е трима-четирима мъже на една жена. Лицата употребяващи екстази често съпътстват употребата на други вещества като алкохол, кокаин и в по малка степен канабис и амфетамини.

Халюциногени, GHB и кетамин са склонни за употреба сред по-висока възраст у младите хора (на възраст между 15-34 години). Оценките за разпространението на халюциногенни гъби варира от 0,2-5,9%.

Употребата на кокаин сред младите хора и ученици е на (възраст 15-34 години) или средно 5,9% от възрастовата група, са употребявали кокаин поне веднъж през живота си. Тъй като този тип наркотик е твърде скъп за пазара на България, разпространението му е сравнително по-малко и слабо от другите наркотици. По принцип приемът се осъществява сред големи тълпи от хора, частни партита и приеми. По-често използвания начин за употреба е чрез смъркане. Редовната употреба на наркотика, може да се свърже със сърдечносъдови, неврологични и психиатрични проблеми, както и с риск от злополуки и предаване на инфекциозни заболявания в резултат на секс без предпазни средства.

Употребата на опиоиди представлява основна част от проблемната употреба на наркотици. Проблемно употребяващите наркотици са предимно лица, употребяващи няколко вида наркотици. Данните за разпространението на употребата са много по-високи в градските райони и сред социално изолираните групи. Опиоидите, основно хероин, се посочват като основен проблемен наркотик при постъпване на лечение. Като цяло склонността у употребяващите опиоиди, настъпва предимно от високо равнище на безработица, по-ниски равнища на образователни постижения и по-високи равнища на разпространение на психиатрични заболявания, отколкото пациентите, които посочват други наркотици като основен проблемен наркотик. Първичната употреба на хероина е преди навършване на 20 годишна възраст придружено с алкохол, канабис, кокаин или други стимуланти.

Инжекционно употребяващите наркотици са сред групите, изложени на най-висок риск от здравни проблеми, свързани с

употреба на наркотици, като инфекции, предавани по кръвен път (например ХИВ, хепатит), или свърхдоза.

Статистиката показва, че почти половината от хиперактивните младежи посягат към алкохол или наркотици в даден етап от живота си.

Това се случва поради различни причини. От една страна често проблемът е придружен от странични заболявания, водещи до предразположеност към употребата на опиати. 40% от тийнейджърите с хиперкинетично разстройство на поведението/ХКРП/ страдат и от опозиционно предизвикателно разстройство, 21.6% имат слаба депресия, а 15.2% - тревожното разстройство.

Допълнително засилващ риска от пристрастяване е фактът, че децата с ХКРП, най-често, имат по-слабо представяне в училище и съответно понижено самочувствие, през годините на израстването. Родителите на деца с този проблем не успяват да формират значима връзка, поради неразбиране на поведението и така семейството губи контролната си функция. Децата се изолират, избягват социалните контакти, което води до усещането за самота, а от там и до създаването на предпоставки за депресия и риск от употреба на наркотици и психотропни вещества. Учените, подкрепящи теорията, че ХКРП се дължи на понижени нива на допамин, твърдят, че такива деца, просто не усещат удоволствие и съответно търсят тръпката и допълнителната стимулация чрез употребата на алкохол и психотропни вещества.

Не малко от хиперактивните младежи посягат към наркотичните вещества като форма на самолечение на симптомите. Опиатите са използвани за притъпяване на постоянното напрежение и нервност на съзнанието и тялото. Те използват от една страна никотина, кофеина, кокаина и др. като вещества подпомагащи фокусирането и организацията на идеите и задачите, а от друга марихуаната и алкохола за притъпяване на симптомите.

### **Превенция и ранна интервенция**

Превенцията при хиперактивните деца се изразява в работа по преодоляване на симптомите на разстройството с цел намаляване стремежа на детето към самолечение. Ранната интервенция е от изключително значение тъй като

пристрастеността при такива подрастващи е по-силна, поради невъзможността за контрол на индивидуалните импулси.

### **Лечение на пристрастяването при хиперактивни деца**

Както и при повечето комплексни разстройства за преодоляване на пристрастяването трябва да се лекуват първопричините, а именно самият дефицит на вниманието с хиперактивност. Изолирано преодоляване на адикцията не е възможно, тъй като проблемите на детето ще доведе до бързо връщане към веществата.

Американската психологическа школа стимулира използването на програмата на 12 стъпки на анонимните алкохолици за преодоляване на пристрастяванията и при хиперактивните деца. Една *програма на лечение*, отразяваща конкретните проблеми на децата следва да включва:

- професионална оценка на хиперактивността на детето;
- включване в група за преодоляване на пристрастяването;
- работа с родителите за информиране как дефицита на вниманието с хиперактивност влияе на живота и възможни техники за подобряване на семейния климат
- формиране у проблемните деца на социални, комуникационни и работни умения за реинтеграция в обществото;
- при въвеждането на медикаментозно лечение на хиперактивността трябва да се даде възможност детето само да вземе решението за приемане на тези лекарства.

При възстановяването на такива деца се преминава през същите етапи на възстановяване като при всички пристрастени, а именно:

- *Предварително възстановяване* – В този период човекът стартира лечението на пристрастяването и е трудно да се разграничат симптомите на хиперактивността и на пристрастяването при младежите. Фокусът на този етап трябва да пада на прекратяване на употребата. В този период НЕ трябва да се използва медикаментозно лечение на ХКРП.

- *Ранно възстановяване*. - През този период също е трудно да се разграничат симптомите на хиперактивността от тези на абстиненцията като разсеяност, нервност, промяна на настроението, обърканост и импулсивност. В повечето случаи в



този период НЕ се препоръчва употребата на медикаментозно лечение на ХКРП, освен ако не се налага за задържане на трезвеност.

- *Среден етап на възстановяване.* – На този етап прирастените вече се чувстват комфортно в процеса на възстановяване и сами търсят терапия за проблемите, които не са преодоляни при възстановяването. На този етап се препоръчва употребата на медикаментозно лечение на ХКРП.

- *Дългосрочно възстановяване:* Това е отличен период за въвеждане на медикаментозно лечение на симптомите на хиперактивността. На този етап самите младежи са достигнали до идеята, че възстановяването е важна част от техния живот, като са намерили компенсаторен механизъм за преодоляване на симптомите.

### *7.2. Импулсивна агресия;*

Хиперактивните деца имат трудности да възприемат ситуации, при които се налага изчакване или не отговарят на техните очаквания и изисквания. Поради този факт те често стават раздразнителни и нетърпеливи, без контрол над своите импулси. Именно тази липса на контрол води до външна проява на агресия.

Този проблем се изостря в пубертета, особено при момчетата. Когато ситуацията не отговаря на индивидуалните им нужди хиперактивните деца просто реагират импулсивно с вербална или физическа агресия. Проблемът се усложнява допълнително от факта, че тази агресия обикновено променя ситуацията в полза на желанията на хиперактивното дете, факт, който в неговото съзнание маркира агресията като приемливо поведение за постигане на личните цели. Агресията включва крещене, тръшкане, удряне, ритане, дърпане, псуване. Повечето агресивни техники се наблюдават в комбинация. При хиперактивните деца импулсивната агресия включва още рисково поведение. Хиперактивните деца търсят риска във всички ситуации. Според някои учени с това поведение те търсят да компенсират ниската си възбудимост. Този факт трябва да се има предвид при работа с тях, тъй като склонността им да поемат риск може да доведе до животозастрашаващи действия. Голяма част от хиперактивните деца търсят конфронтацията и улавят всяка възможност за такава.

### **Полезни съвети за превенция на агресията:**

- Търсете модели на поведение. Много от хиперактивните деца имат предвидимо поведение, тоест проявяват конкретни повторяеми признаци точно преди да станат агресивни. Такива модели позволяват предвиждане развитието на дадени ситуации и избягване на агресивния изблик.

- Търсете стандартни отключващи агресията обстоятелства. Училището не рядко е такова обстоятелство. Хиперактивните деца в училище често са побойници тъй като използват агресията за компенсация за ниското си самочувствие.

- Никога не отговаряйте на агресията с агресия. – При работа с хиперактивни агресивни деца не повишавайте глас и не използвайте физическа сила. Реагирайте бързо и спокойно. Използвайте предложените по-рано подходи за корекция на нежелано поведение. Никога не обвинявайте детето, то няма да разбере какъв е проблемът. По-ефективно е да му припомните как то се е чувствало последния път, когато то самото е било жертва на лошо отношение. Намерете на детето работа, която да изисква насочване на енергия му и повишава чувството му за значимост в учебната институция.

### ***7.3. Депресивни състояния;***

Хиперактивните деца са склонни към развитие на различни депресивни състояния. Проблемът се усложнява допълнително от честото преписване на симптомите на депресията на дефицита на вниманието с хиперактивност.

Последните изследвания показват, че при хиперактивните деца с депресия, тя не е резултат само от неспособността да отговори на изискванията в училище и вкъщи, а странично психично разстройство протичащо паралелно. Тази идея се затвърждава и от факта, че в по-голяма част от случаите намаляването на симптомите на хиперактивността не води до намаляване на симптомите на депресията.

Изследване на Амириканската психологична асоциация показва допълнително, че хиперактивните деца са три до четири пъти по-склонни към самонараняване и самоубийство. Особено силно изразен е този проблем при хиперактивните момичета навлизащи в пубертета.

## **8. Професионална помощ и консултиране в град Варна**

### **8.1. Център за социална рехабилитация и интеграция на деца с дисфазии на развитието и хиперкинетично разстройство на поведението „Прегръдка”, гр.Варна**

В град Варна, в отговор на належащата нужда от осигуряване на достъпна за всички родители терапия на децата с хиперкинетични разстройства, бе открит Център за социална рехабилитация и интеграция на деца с дисфазии на развитието и хиперкинетично разстройство на поведението „Прегръдка”. Центърът е специализирана социална услуга насочена към деца на възраст от 5 до 18 години с дисфазии на развитието и хиперкинетично разстройство на поведението. Услугата се реализира с финансовата подкрепа на Община Варна и за първите 30 деца, чиито родители /настойници/ имат адресна регистрация в община Варна е безплатна.

Програмата на Центъра е съставена от специалисти на база най-новите методи и техники за рехабилитация на деца с дисфазии на развитието и хиперкинетично разстройство. Занятията се провеждат индивидуално и групово и включват:

- Индивидуални, комбинирани рехабилитационни програми: първоначална оценка от невролог и детски психиатър на състоянието на детето и нуждата от рехабилитация; сесии с психолог, логопед, педагог и социален работник;

- Специализирани терапевтични сеанси: изобразително и приложно изкуство, кукло- и приказкотерапия, фотография, зоотерапия и дейности за усвояване на битови умения.

Екипът на център „Прегръдка” предоставя безплатни консултации на родители, които желаят да получат повече информация за проблемите, която включва и безплатен преглед на детето от специалисти.

Адрес: ул. „Околчица”№6-8

Тел. 052 803904, 0878 608712,

всеки делничен ден от 09.00 ч. до 17.00 ч.

ел.поща: [pregrudka@gmail.com](mailto:pregrudka@gmail.com),

[www.pregrudka.com](http://www.pregrudka.com), [www.facebook.com/pregrudka](http://www.facebook.com/pregrudka)

**Консултациите и рехабилитационните терапии са безплатни.**

## **8.2. Диагностично-консултативна програма на Общинската комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните и дирекция “Превенции” - община Варна**

Диагностично-консултативната програма за деца с проблемно поведение на Общинската комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните и дирекция “Превенции” - община Варна, предлага специализирана помощ в случаи на:

- Хиперактивност и дефицит на вниманието;
- Емоционални проблеми в детска и юношеска възраст;
- Поведенчески проблеми – гневни кризи, прояви на агресия

Деца и родителите имат възможност да получат и юридически консултации по Закона за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, Наказателния кодекс, Закона за закрила на детето и други нормативни актове, свързани с подпомагането на деца и родители с цел превенция на асоциалното поведение на малолетните и непълнолетните. Програмата предлага диагностика при детски психиатър, клиничен психолог, логопед, педагог и последващо насочване (при необходимост) към специалисти за терапевтична дейност.

За заявки и допълнителна информация на: 052/820 770 и 0 885/ 220 774 – Д. Карлова – координатор на програмата, Младежки дом - Варна, ет.1, ст.8

**Консултациите са безплатни.**

## **8.3. Превантивен център Младост, Дирекция „Превенции”, Община Варна**

Превантивен център „Младост“ е структура в състава на дирекция „Превенции“. Състои се от 5 кабинета за индивидуално и фамилно консултиране и многофункционална зала.

В Центъра се осъществяват две постоянни програми на дирекция „Превенции“:

- „Програма за специфична превенция на рисковото поведение сред деца от уязвими семейства” - уникална като финансиране и съществуване в рамките на общинска или държавна структура;
- „Програма за ранна интервенция на деца и младежи с експериментална употреба/злоупотреба на наркотици и алкохол” –

втора по рода си в България, след подобна програма, осъществявана в гр. София.

Основен акцент в посочените програми е работата с деца с емоционални и поведенчески проблеми, както и укрепване на семейството при родители от уязвими групи или в риск.

Превантивният център е единствена по рода си общинска структура за многофункционална работа за деца и семейства в риск.

Основните дейности по програмите включват:

- разнообразни психотерапевтични техники на индивидуално, фамилно и групово ниво;
- обучения, консултиране и психологична подкрепа на родители;
- посредничество пред институции за решаване на разнородни социални проблеми;
- структуриране на свободното време.

Дейностите по програмите имат единно управление, финансирани са от Община Варна, през бюджета на дирекция „Превенции“ и са **безплатни за деца и родители**.

Насочването към професионалната помощ и подкрепа на специалистите от Превантивен център „Младост“ се извършва от: отдел „Закрила на детето“, Център за спешна медицинска помощ, Отделение по токсикология, училищна общност, лични лекари, организации и институции, работещи с деца с рисково поведение, родители, ползвали услугите на Центъра и др.

Информация и предварително записване:

Всеки делничен ден от 9.00 до 18.00 ч. на телефони: 052/985-099, 052 820 751.

Адрес: Варна, бул. „Владислав Варненчик“, бл.50 (до Varna Towers)

#### *8.4. Общински център за психологическа подкрепа и консултиране на училищната общност в извънучилищна среда*

Оказва експертна психологична помощ на училищната общност и съдействие за съхраняване на психичното здраве на деца, родители и учители в извънучилищна среда и през свободното им време.

Адрес: ж.к „Чайка“ бл.67, Служебен телефон: 052 711 022

**Консултациите са безплатни.**

## 9. Приложения

### Приложение 1: Бърза помощ при хиперактивно дете

- Изместете вниманието на детето от капризите му;
- Предложете избор – друга възможна дейност в дадения момент;
  - Реагирайте неочаквано – пошегувайте се, повторете неговото действие, задайте неочакван въпрос;
  - Изчистете от своята реч думи и фрази с категоричен характер забраняващи действията на детето;
  - Използвайте молбата – тя е по ефективна от заповедта;
  - Изслушайте това, което иска да каже детето – в противен случай и то няма да Ви слуша;
  - Автоматично с едни и същи думи повтаряйте молбата си (с един и същи тон);
  - Фотографирайте или заведете детето до огледалото, когато капризничи;
  - Оставете го сам в стаята (ако това е безопасно за здравето му);
  - Не настоявайте детето на всяка цена да ви се извини;
  - Откажете се от заплахите;

#### **Препоръки към родителите:**

- Създайте режим за деня и седмицата и го приучете да изпълнява определено задание в определен час;
- Установете твърди правила за всички членове на семейството;
  - Създайте заедно с детето система за поощрения и наказания за желателно и нежелателно поведение;
  - Договаряйте се с детето за това какво е задължително да прави и изпълнява. По същия начин се договаряйте за продължителността на играта и развлеченията;
  - Налагайте наказанията непосредствено след произшествието и то така, че на детето да му е ясно за какво е наказано (хиперактивните бързо забравят), като е най-добре детето да разбере отговорността си за стореното;

- Хвалете го!!! Отбелязвайте добрите постъпки колкото и незначителни да са. Похвалата не трябва да съдържа скрито порицание от типа: „Браво! Когато искаш можеш!“ ;

- Дайте му възможност много да се движи и играе – надбягване, криеница, акробатика, скачания на батут, дават възможност на детето да опознае своето тяло. Особено подходящи са колективните спортове, които учат на контрол над собственото тяло и мисъл и правилата на групата;

- Участвайте в игрите на детето си;

- Само при наличие на търпение, разбиране и поддръжка от страна за заобикалящите възрастни са възможни позитивни изменения в детето.

***Не се предавайте!*** Обичайте вашето напористо дете и му помагайте да се справи с трудностите в училище. Помнете, че *„Напористите деца са като розите - изискват специални грижи! Трябва да се убодеш на шиповете, за да видиш красотата им”*

***Когато стане съвсем тежко*** припомнете си, че в юношеството, а при някои деца и по-рано хиперактивността отшумява. Според наблюденията на мнозинството лекари и психолози, общата двигателна активност с възрастта се намалява, а изявите на невротичност постепенно еволюират. В мозъка на детето се появяват връзки, които не са съществували или са били нарушени. Важното е детето да навлезе в този период без товара на отрицателните емоции и комплекс за малоценност. Така, че ако имате хиперактивно дете помогнете му – всичко е във вашите ръце!

## **Приложение 2: Открито писмо на хиперактивните деца към педагозите**

*„Скъпи учители !*

*За да ви е по-леко да живеете с нас, а и ние да ви обичаме:*

*• Не ни натоварвайте със скучна и изморителна работа. Повече живот! Повече динамика! Ние можем всичко!*

*• Не си помисляйте да ни давате дълги инструкции. След петнадесетата дума ни е все едно за какво говорите – за цвета на чорапите на съседа или изключително поучителна реч. Говорете кратко и конкретно по темата с не повече от десет думи.*

*• Не искайте от нас да сме едновременно внимателни, акуратни и усърдни. Това е над нашите сили!*

*• И изобщо запомнете, похвалите и порицанията ни действат по-силно от колкото на другите!*

### **Препоръки към педагозите**

- Работете с детето през деня, а не вечер;
- Работата с хиперактивното дете е индивидуална като основният акцент е насочено към вниманието, разсеяността и слабата организация;
- Разделяйте работата на по-кратки, но чести периоди;
- По време на учебния процес разглеждайте възможността за двигателно „разреждане”, занимания с физически труд, спорт;
- Занижете изискванията си за акуратност в началото, за да създадете формирано чувство за успех;
- Използвайте докосването (тактилен контакт);
- Когато говорите с детето се наведете или клекнете на нивото на очите му, като държите ръцете му;
- Договаряйте се за условията предварително;
- Давайте кратки и ясни инструкции;
- Задачите, заложи в урока изписвайте на дъската;
- Хвалете веднага, без да отлагате за после;
- По възможност игнорирайте лошите прояви на детето със синдром на дефицит на внимание и поощрявайте доброто поведение;
- По време на урок ограничете до минимум отвличащите фактори като за това би помогнало избора на подходящ чин за хиперактивното дете – в центъра на класната стая срещу дъската;
- Учебните занятия трябва да са твърдо планирани със стереотипен ред.



### **Приложение 3: Диета при хиперактивни деца**

**Какво да правим с тези неспиращи на едно място, хващащи всичко и вечно тичащи деца? Да ги наказваме? Да ги лекуваме? «Да ги храним правилно!» - отговаря науката. Все повече изследователи получават резултати, потвърждаващи тази истина: храната и нейното качество влияят върху поведението на детето.**

*Защо детето е такова?*

**Причина 1:** Проблеми със захарта

Американски учени, изследвали голям брой хиперактивни деца /определяни като деца с хиперактивност и дефицит на вниманието/ открили, че при 74% от тях е нарушен метаболизма на глюкозата. Реакцията при такива деца може да е отключването на огромно количество енергия, и то не само от захарта и сладките, но и например от плодовите сокове.

**Причина 2:** Хранителни алергии

Изследване на хиперактивни деца от предучилищна възраст показало, че пълното изключване от менюто на продукти със синтетични консерванти, оцветители, ароматизатори, а също на глутамата на натрия, шоколада и кофеина в продължение на 10 седмици, води към видимо подобрене на поведението при около половината деца. Те по-лесно заспивали вечер, по-рядко се събуждали през нощта. Връзката между хранителните алергии и хиперактивността не може да се отрече. Днес даже се смята за нормално лечението да започва с търсене на потенциален алерген. Той може да се окаже не само синтетичен оцветител, а и натуралното краве мляко или пшеницата. Във всеки случай изключването на алергена позволява на много деца да минат без лекарства.

**Причина 3:** Проблеми с магнезия

Хиперактивните деца, при които е открита липса на магнезий, реагират добре при неговото приемане. Според английско изследване при ученици от 7 до 12 г., получаващи 200 г. Магнезий допълнително през деня в продължение на половин година, поведението се подобрява значително. Родителите трябва да обърнат специално внимание на това в дневното меню на хиперактивното дете да има достатъчно

магнезий, защото този минерал е необходим и за спокойния сън, и за нормалния метаболизъм на глюкозата. Дефицитът на магнезий е много разпространен, особено сред тези, които ядат сладки неща и "храни - боклуци". И лекарствата, вкл. антибиотиците, изтощават запасите от магнезий в организма.

*Хранене на нервните:*

- **Холинът и лецитинът** са защитници и строители на нервната система. Продуктите, богати на тези вещества / яйца, черен дроб, риба, мляко/ се смятат за «храна на мозъка». Не всяко дете яде дроб или риба, но повечето обичат яйца и мляко. Ако детето има непоносимост към мляко, рядко яде месо и риба, родителите трябва да купят добавки лецитин или холин и да ги добавят в подходящи ястия.

- **Аминокиселини** – най-важното, изградено от белтъци, в т.ч. невротрансмитерите / вещества, които обезпечават предаване на нервните импулси от един неврон на друг/, с които при хиперактивните деца има големи проблеми. Те трябва да получават пълноценно белтъчно хранене. Често при такива деца има лош или непостоянен апетит, много от тях отказват да ядат сутрин или ядат малко през деня, а вечерното хранене не покрива всички потребности от хранителни вещества. В такива случаи правете коктейли от белтъчни концентрати, които се продават в спортните магазини. Самата идея за хранене като спортистите е привлекателна за децата, особено за момчетата. Едновременно с това обаче се опитайте да запазите в менюто на детето нормалните белтъчни продукти – извара, яйца, месо. Колкото са по-натурални, толкова по-добре. Всяка «фабрична» храна включва някакви нежелани добавки. Белтъчините се съдържат в колбасите и кренвиршите, в сладоледа и млеката.

- **Витами от В – групата** - Натуралните млечни и месни продукти обезпечават необходимото количество от витамини от „В” групата, които са особено важни за нервната система. Те обикновено не достигат при хиперактивните деца. В краен случай, ако детето не ги приема в достатъчно количество, можете да му давате таблетки В-комплекс. При някои експерименти само една добавка значително повишавала обучителните способности на

детето. Понякога даже напълно изчезвали сериозните проблеми с поведението.

- **Магнезий** - Изключвайки от менюто на детето «храната – боклук», най-добре е да я замените с храна, богата на магнезий – като орехи и семки. Децата обикновено не възразяват срещу подобни замени. Потребностите от магнезий е 180 мг за денонощие при деца от 4 до 8 г. и 240 мг. при деца от 9 до 13 г. Това естествено не се получава само от орехи. Голямо количество магнезий съдържат какаото, елдата, ръжта, овеса и зародишите на пшеницата, боба, както и печените картофи, бананите, спанака и зеленчуците. Купа с каша от елда набавя половината денонощна норма магнезий, а купа овесена каша или печени картофи – една пета от нормата, а ако количеството се набавя само от банани, са необходими 8. В райони с богата на минерали вода, хората си набавят значителна част от потребностите от магнезий чрез нея. Там, където водата е лека, е добре да се купува минерална.

- **Бактерии** - Една от причините за хиперактивността може да бъде разрастване на дрождевите бактерии в стомаха в резултат на продължителен или чест прием на антибиотици. Единственото средство срещу тази напаст е възстановяването на нормалната микрофлора на стомаха. За това са необходими «живи култури». Някои фабрични кисело-млечни продукти, ако се вярва на производителите, ги съдържат. От аптеките можете да си купите препарати на тези полезни бактерии и да ги добавяте в любимите на детето храни. Родителите на деца с непоносимост към кисело-млечни продукти не могат да се разминат без аптечните препарати.

## **Приложение 4: Тест за родители**

**Отбележете твърденията, които се отнасят до Вашето дете.** Трябва да имате предвид обаче, че за да се определят тези проблеми като характерни за Вашето дете, трябва:

- √ Да сте ги наблюдавали поне 6 месеца.
- √ Да са нетипични за възрастта и етапа на развитие на детето /това, което е нормално за 2 г. дете, не е нормално за 10 г. дете/.
- √ Да са се появили преди 7 годишна възраст .
- √ Да са действително нарушаващи ежедневно функциониране и живот на детето. Обичайното непослушание в къщи или несправянето в училище не са достатъчни за поставянето на тази диагноза.
- √ Да се наблюдават в повече от една среда /както в дома, така и в детската градина или училище/. Проблемите, които са налице само в къщи или само в училище, вероятно имат други причини.
  - Определяте детето си като “трудно” още преди навършване на 2 г.;
  - Движи се непрекъснато - не може да стои на едно място, неспокойно е, проявява нервност, когато стои на едно място, която се изразява в характерни движения /потропване с крака, барабанене с пръсти, поклащане и др./;
  - Често забравя дадените му инструкции и трудно ги следва;
  - Не спазва дисциплината в къщи и училище и често се забърква в неприятности;
  - Говори много, ентусиазирано и прибързано, дори в ситуации, в които трябва да е тихо;
  - Иска да вземе, пипне и да играе с всичко, което види;
  - Детето Ви е нетърпеливо- не може да чака реда си и в групови дейности, настоятелно и понакога грубо;
  - Реагира импулсивно, агресивно или неадекватно и няма отношение към последствията от поведението си;
  - Не изпълнява дадените му задачи или дейности до край, бързо загубва интерес;
  - Лесно се разсейва от външни стимули;
  - Не показва, че слуша, когато му се говори.

Често губи нещата си, особено тези, които са необходими за извършване на дейността му;

Не се вслушва в това, какво говорят другите и често прекъсва разговорите или други дейности на околните;

Трудно преминава към изпълнение на поставена му задача;

Не може да организира себе си и своите задачи самостоятелно;

Често е объркано и трудно усвоява нови умения;

Не успява да обърне внимание на детайлите или прави често грешки от невнимание в своите дейности;

*На 3г. детето Ви*

не може да започне игрова дейност самостоятелно;

не обича да играе с други деца.

*На 4г. детето Ви*

не умеє да общува и играе с връстниците си;

не си сътрудничи в групи;

не изпълнява нещата, за които го молите.

*На 5 г. детето Ви* все още не може да следва установените правила и практики:

избягва връстниците си и предпочита самостоятелни игри;

не се извинява, когато удари, нарани ли обиди друго дете или възрастен

не търси помощ от възрастните в кризисни ситуации;

*Над 6 г. детето Ви*

има проблеми с концентрацията, четенето, и усвояването на учебния материал;

има проблеми с общуването с връстниците си;

поведението му често е агресивно в училище, у дома или на обществени места;

**Ако сте забелязали в детето си повече от 15 от тези признаци в продължение на повече от 6 месеца и детето Ви е над 5 г. има голяма вероятност да е хиперактивно. Не чакайте повече! Потърсете професионално мнение, тъй като ранното диагностициране и своевременното оказване на адекватна професионална помощ ще предпазят детето Ви от задълбочаване на симптомите.**

## **Приложение 5: Съвети за родители на хиперактивни деца**

- Съберете колкото може повече информация за заболяването дефицит на вниманието с хиперактивност. Добри начини да направите това са: да говорите с хората, ангажирани с грижите за детето Ви - лекари, мед. сестри, психолози, учители, логопеди. Намерете книги за дефицит на вниманието с хиперактивност; много информация можете да намерите в Интернет.

- Детето Ви трябва да говори за своите преживявания и чувства.

- Направете дневник, където с детето ще можете да анализирате поведението му както и да отчитате малките настъпили промени.

- В ежедневието на детето е добре да се създаде системност и последователност във всяка една област от дейности.

- Привлечете вниманието: когато давате инструкции се уверете, че сте привлекли вниманието на детето си – изключете телевизора /радиото /музиката; използвайте името на детето; при малки деца нежно хванете ръцете им и насочете лицата им към вашето лице; подходете към по-големите деца фронтално; гледайте ги в очите; говорете ясно, без да крещите.

- Включвайте колкото се може повече будилници, аларми или хронометри. Децата с този тип проблематика често не обръщат внимание на времето. Звънците и будилниците могат да помогнат за формиране на навици за съобразяване с времето.

- Бъдете позитивни. Кажете им по скоро какво да направят, отколкото какво да не правят. “Диди, яж си, ако обичаш, чипса” е по-добро от “Диди, спри да си играеш с чипса”.

- Полезно е детето да заспива с един позитивен разговор за нещо добро, което сте свършили през деня, а не след дълго гледане на телевизия или компютърни игри.

- Оптимизирайте комуникацията с детето си.

- Откривайте какво стимулира и мотивира детето Ви.

- Подкрепяйте го в направленията, където детето показва добри умения.

- Фокусирайте се не толкова върху конкретните резултати, а върху усилията на детето Ви.

- Изработете ясни правила и ги напишете на хартия, така че да няма спорове по тях. Съсредоточете се върху областите на поведение, които наистина са важни за вас и за останалите в семейството и не хабете усилия за по-маловажните.

- Установете режим. Децата с дефицит на вниманието с хиперактивност се държат по-добре при ясен режим, тъй като са по-наясно за това какво се очаква от тях. Промените в режима водят до отвлекаемост и несигурност. Така, че приготвянето за училище сутрин или приготвянето за лягане вечер трябва да следват определен ред и дневен режим.

- Ако задачата на детето Ви е по обемна просто я разделете на по-малки части.

- Хвалете детето си. Открийте и уловете моментите, в които детето Ви е добро. Когато изпълни задача или се държи добре, кажете колко сте доволни, и от какво точно сте доволни. Похвалата трябва да бъде незабавна, а не след часове или дни. Лесно е за дете с дефицит на вниманието с хиперактивност да попадне в порочния кръг на критиката, което го кара да се чувства лошо, което пък от своя страна го кара да се държи лошо. Целта е да се установи равностоен кръг от похвали, който да ги кара да се чувстват добри, което пък им помага да се държат по-добре.

- Подсигурете тиха работна среда на детето си.

- Сменяйте типа на дейности, за да може детето Ви да продължи да работи ефективно.

- Положително е включването от време на време на невербалните форми на комуникация, чрез които неусетно да се ограничи прекалено голямата вербална активност.

- Използвайте много цветове и разнообразни форми като стимул за ефективна работа.

- При обучението на детето Ви включвайте повече практически демонстрации и нагледни материали.

- Условиата трябва да са честни, ясни и да се спазват твърдо.

- В училище е добре Вие и учителят да работите заедно, съвместно.

- Възнаграждение. Изработете схема за възнаграждаване, при която детето Ви да печели точки за добро поведение и определен брой точки да означава, че може да получи нещо, което иска и за което има предварителна договорка. Може да използвате

каквото искате, за да записвате точките – златни звезди върху подложка, пластмасови жетони, събирани в буркан и т.н. Схемата за възнаграждаване може да работи кратко време, напр. 1 точка за всеки 10 минути добро поведение по време на дълго пътуване с кола, и за по-дълги периоди, напр. 10 точки за една седмица в училище, в която всички домашни са свършени навреме. От помощ могат да Ви бъдат “картите за сделка”. Може да ги използвате, за да сключвате сделки с детето си и след това да ги залепвате на хладилника или на кухненската дъска, така че и двамата да си припомнят сделката, която сте сключили - напр. детето прави нещо, което сте поискали след като:

- Поддържа стаята си чиста в продължение на една седмица;
- Облича се за десет минути в продължение на пет последователни дни;
- Не прекъсва майка си докато тя говори по телефона в продължение на една седмица.

В замяна детето получава нещо, което е искало, като например:

- 15 минути повече в Интернет;
- наем на DVD;
- 30 минути повече игра навън.

▪ Фокусирайте се не толкова върху конкретните резултати, а върху усилията на детето Ви.

▪ Осигурете мир и спокойствие. Организирайте нещата вкъщи така, че да намалите стреса и конфронтацията. Ако, например, голямото пазаруване с детето ви е кошмар, опитайте се и намерете друго време, в което да напазарувате сами. Ако се ужасявате от дълго пътуване с кола, помислете дали не можете да го разделите на две или три по-кратки пътувания със спирания помежду им, за да може да правите нещо друго. Да, те би трябвало да правят тези неща на тяхната възраст, но струва ли си от това да се прави голям проблем?

▪ Не мога и не искам. Разковничето при справянето с деца с дефицит на вниманието с хиперактивност е познаването на разликата между “не мога” и “не искам”. Неизчакването на реда, забравянето на инструкции, дезорганизираността, лесната отвлекаемост – това са част от характеристиките на дефицит на вниманието с хиперактивност. Върху тях може да се работи и да се поправят, но те не са преднамерена лошотия. Всяко дете, обаче, включително и това с дефицит на вниманието с хиперактивност



може също понякога да се държи преднамерено лошо. Като родител вие трябва да сте човека в най-добра позиция да бъдете експерт в разграничаването на “не мога” и “не искам”.

- Кажете на детето как се чувствате при лошо поведение. Вместо да критикувате детето директно, напр. “Държиш се лошо”, говорете за начина, по който тяхното поведение ви се отразява, напр. “Наистина се разстройвам, когато...”

- Показвайте му какво е приемливо и неприемливо.

- Когато усетите силно напрежение в компанията на детето се опитайте да се отпуснете, да забавите емоционалния поток, за да не провокирате и у него още повече негативните процеси.

- Научете Вашето дете да уважава личното Ви пространство - напр. не се фиксирайте в подредеността на неговата стая, а изисквайте да спазва реда в стаите, които Вие най-често обитавате.

- Ако се съмнявате, че детето Ви не Ви е разбрало поискайте да повтори казаното от Вас. Гласът Ви трябва да бъде ясен и спокоен.

- Търсете начините на забавления и се забавлявайте взаимно.

- Оставайте детето само да предложи други начини на поведение, ако това не е приемливо.

- Научете се да го приемате такова, каквото е, заедно с неговите проблеми и потенциали.

- Не коментирайте проблемите, тревогите и усилията за грижи за детето Ви когато то е там. Малкия човек обича мама и татко и когато чуе, че им причинява тревоги и неприятности то се чувства виновно. Няма нищо по-силно травмиращо от чувството за вина. Говорете с него и му обяснявайте защо са нужни графиците, режимите и подредеността. Прегръщайте детето си, целувайте го и му показвайте колко е специално, можещо и важно. Никога не negliжирайте потенциала на Вашето дете.

- Избягвайте споровете. Има ясни правила. Вие ги знаете, детето ги знае. Край.

- Бройте до три (напр. ако детето вземе чужда играчка кажете “Диди, моля те върни динозавъра на Пепи. Броя до три. Едно...(чакайте 5 сек.) две (по-заплашително)...три”.

- Използвайте “излизането извън игра”. Това е като “наказателната скамейка” в хокея на лед, където играчите

направили фал прекарват известно време извън играта. Може да изберете специално място – стол, стъпало, ъгъл, където детето да се успокои (а също и вие да се успокоите) за определен период (напр. 5-10 минути). По време на “излизането извън игра” не говорете на детето и не му отговаряйте. Когато времето изтече не говорете за проблема. Те са си изтърпели наказанието и сега “досието” им е чисто. Ако детето откаже да излезе извън игра го заплашете, че ще го лишите от привилегия, напр. да играе на компютъра или да излезе да играе футбол. Ако е необходимо, изпълнете заплахата си. Направете табела “не ме безпокойте” Окуражете детето си да я оцвети и да я украси. То може да я използва всеки път, когато има нужда да остане насаме.

- Опитайте се не само да слушате детето, но и да го чувате!
- Помагайте на детето Ви да изгради добро самочувствие.
- Активно участвайте във всички форми на терапевтично въздействие, така Вие сте полезни за детето, получавате възможност да сравнявате собствените си стратегии за справяне с проблема и научавате нови, което би Ви накарало да се чувствате по-уверени в общуването с детето.

## Използвана литература:

### Даниела Йосифова:

Ачкова М. „Психиатрия”, Знание, 1996

Боянова В., Станкова М. „Хиперактивност с дефицит на внимание” 2002

Велкова Р. „Асоциирани характеристики на синдрома дефицит на вниманието/хиперактивно разстройство”, Специална педагогика

Енева Й., Монов Хр. „Методът на активното обкръжение, в терапията на деца със специфични нарушения в развитието” сп. „Специална педагогика”

Манова М., „Позитивна психотерапия”

Матанова В. „Когнитивно-поведенческа терапия при хиперкинетичен синдром в детска възраст”

Райчев Р. „Нарушения в развитието на речта в детска възраст”

Минчев Б. „Детска психология”

Ливайн Мел „Няма глупави деца.....” 2009 год.

МКБ10

### Камелия Георгиева

Игор Куценок – „Злоупотреба и зависимост от ПАВ

Годишен доклад от 2012 г. за състоянието на наркотиците в Европа

Why ADD/ADHD Increases the Odds of Addiction and Alcoholism, John Lee

Wendy Richardson, MA, LMFCC, The Link Between ADD & Addiction: Getting The Help You Deserve (Colorado Springs, Colorado: Pi-on Press, 1997)

Wendy Richardson, The Link Between ADHD & Addiction

### Маргарита Калейнска

Информационна брошура „Хиперактивност и дефицит на вниманието”

Margarita Tartakovsky, M.S., ADHD and Depression: Common Bedfellows - <http://psychcentral.com/blog/archives/2011/05/19/adhd-and-depression-common-bedfellows/>

David Rabiner, Ph.D., ADHD/ADD and Depression -

<http://www.helpforadd.com/depression-with-add/>

Eileen Bailey, ADHD and Depression - <http://www.healthcentral.com/adhd/related-conditions-160601-5.html>

Prospective Follow-Up of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Early Adulthood: Continuing Impairment Includes Elevated Risk for Suicide Attempts and Self-Injury,” Stephen P. Hinshaw, PhD, Elizabeth B. Owens, PhD, and Christine Zalecki, PhD, University of California, Berkeley; Suzanne Perrigue Huggins, PhD, University of Maryland; Adriana J. Montenegro-Nevedo, PhD, Palo Alto University; Emily Schrodek, PhD, and Erika N. Swanson, PhD, University of California, Berkeley; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ccp-ofp-hinshaw.pdf>

### Невяна Никова

Закона за народната просвета

Закон за закрила на детето

Правилник за прилагане на Закона за народната просвета

Правилник за дейността на Ресурсните центрове за подпомагане на интегрираното обучение и възпитание на деца и ученици със специални образователни потребности

Наредба 1 от 23 януари 2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания

### **Станислава Христова**

Андреева Л., Социално познание и междуличностно взаимодействие

Доц. д-р Бончева, И. - лекции по „Детска психология“ за медицинска сестри, МУ „Проф. д-р Параскев Стояново“ – Варна

Доц. д-р Бончева И., Градивна или деструктивна агресия

Георгиев Л., Възрастова психология

Ериксън Е., Индентичност младост криза

Минчев Б. Психология на човешкото развитие

Пиръов Г. Д., Детска психология

Пиръов Г. Д., Педагогическа психология

Стаматов С., Детска психология

<http://www.psyvita.ru/shkolyari/46/37/>

<http://childpsy.ru/lib/books/id/8164.php>

<http://website-seo.ru/voznrastnaya-psihologiya.html>