

ДОРА ЛЕВТЕРОВА ЖАНА АТАНАСОВА ИВАН ТРИЧКОВ

**СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ НА РАБОТА
С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ
СЪС
СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ
ПОТРЕБНОСТИ**

УЧЕБНО ПОМАГАЛО



ПЛОВДИВ

2016

СЪДЪРЖАНИЕ

- 1. Групи деца и ученици със специални образователни потребности.**
- 2. Модели за идентичност на хората с увреждания.**
- 3. Модели към децата със специални образователни потребности.**
- 4. Специално, интегрирано и приобщаващо образование.**
- 5. Обучителни стратегии и техники за деца и ученици с умствена изостаналост.**
- 6. Стратегии и методи на работа с деца и ученици със слухови увреди.**
- 7. Стратегии и методи на работа с деца и ученици със зрителни затруднения.**
- 8. Стратегии и методи на работа с деца и ученици със специфични нарушения на способността за учене.**
- 9. Стратегии и методи на работа с деца и ученици с физически увреждания.**
- 10. Стратегии и методи на работа с деца и ученици с разстройства от аутистичния спектър.**
- 11. Стратегии и методи на работа с деца и ученици с ХАДВ.**
- 12. Семейството на детето със СОП. Правила за работа с родителите.**
- 13. Асистиращи технологии.**
- 14. Общи правила при общуване с деца с увреждания.**

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ НА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

проф.днп ДОРА ЛЕВТЕРОВА . част 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13.

доц.д-р ЖАНА АТАНАСОВА – част 1, 3, 5, 14.

д-р ИВАН ТРИЧКОВ – част 11.

Рецензенти: проф. дпн Пламен Радев, проф.д-р Веска Шошева

ISBN 978-619-202-110-8

Пловдив

УИ „Паисий Хилендарски“

ГРУПИ ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

Жана Атанасова

Деца и ученици, при които могат да възникнат образователните потребности при сензорни увреждания, физически увреждания, множество увреждания, интелектуални затруднения, езиково-говорни нарушения, специфични нарушения на способността за учене, разстройства от аутистичния спектър, емоционални и поведенчески разстройства.

В таблица №1 са представени групите деца и ученици със специални образователни потребности спрямо нормативната уредба в системата на образованието
Таблица №. Групи деца и ученици със специални образователни потребности

<p>Наредба №1 от 23.01.2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания (Обн. - ДВ, бр. 11 от 10.02.2009 г.; изм. и доп., бр. 59 от 04.08.2015 г., в сила от 04.08.2015 г.)</p>	<p>Закон за предучилищното и училищното образование (Обн., ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 1.08.2016 г.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • сензорни увреждания • физически увреждания • множество увреждания • умствена изостаналост • комуникативни нарушения • специфични нарушения на способността за учене (дислексия, дисграфия, дискалкулция) • разстройства от аутистичния спектър • емоционални и поведенчески разстройства 	<ul style="list-style-type: none"> • сензорни увреждания • физически увреждания • множество увреждания • интелектуални затруднения • езиково-говорни нарушения • специфични нарушения на способността за учене • разстройства от аутистичния спектър • емоционални и поведенчески разстройства

Към децата и учениците със специални образователни потребности са и тези с *умствена изостаналост (интелектуални затруднения).*

Според Десетата ревизия на Световната здравна организация умствената изостаналост е определена като: «състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушения на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават своя дял във формирането на общото ниво на интелигентността, т.е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения. То може да се съчетава, но може и да не се съчетава с други психични или телесни разстройства.» (Десетата ревизия на МКБ -10 СЗО)

Ключов момент във включването на децата и учениците с умствена изостаналост в образователния процес е необходимостта от промяна на **нагласите към различните.**

МОДЕЛИ ЗА ИДЕНТИЧНОСТ ПРИ ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ

Дора Левтерова

В контекста на приобщаващото образование не могат да се пропуснат някои от основните модела за идентичността, които са базисни за хората с увреждания.

Модел за малцинствена група

Този модел твърди, че опитът на хората с увреждания може да обясни тяхната принадлежност към по-голяма малцинствена група. Моделът се стреми да сформира група от лица с увреждания заедно и предполага споделяне на опит, подобно на хората от други малцинствени групи, които изпитват маргинализацията и потисничеството (Jones, SR, 1996). Моделът за малцинствената група е от значение за идентичността. Представата за себе си и свързването към груповата идентичност е част от развитието на Аз-концепта. Но, моделът за малцинствена група трудно може да се операционализира поради разнообразието от увреждания. Увреждания се различават толкова драстично, че не е невъзможно да се разбират всички хора с увреждания, като членове на една група. Въпреки това, като хората с увреждания могат да се погледнат като група и моделът за малцинствена група действително да представлява общ глас за хората с увреждания. Така групата по-лесно ще бъде чута на институционално и политическо ниво.

Модел за философия на живот

Моделът акцентира на разликата в отношението към живота при хора, родени с увреждания или с които са израснали с увреждания, с тенденция да се само-

идентифицират над трудностите. Те извеждат като приоритет успеха за да опровергават стереотипите, че са им необходими постоянни грижи и непрестанна подкрепа. Хората, които са придобили увреждания по-късно в живота си не споделят тази потребност. Ако хората с вродени и ли рано придобити увреждания имат формирана персонална идентичност, която е свързана с приемането на увреждането и непознаване на друга реалност, то за хората с придобити увреждания се отбелязва реконструирана идентичност – от идентичност без увреждане в идентичност с увреждане. Хората с придобити увреждания често не успяват да приемат новата идентичност. Според този модел, идентичността е динамична, но не се предлагат решения за случаите на необходимост от промяна на идентичността.

Мултидименсионален модел за идентичност при увреждания

Този модел представя нов подход за обяснение на идентичността във връзка с притежавания опит за уврежданията. Парадигмата извежда два основни аспекта:

- ✓ идентичността е динамична и отговорна по отношение на околната среда,
- ✓ увреждането е обществено-политическа конструкция.

В този контекст, развитието на идентичността позволява на хората да се съобразяват със средата и да се отчитат непредвидими външни влияния върху хората с увреждания опит. Предоставена е възможност за разгръщане на потенциала, който имат хората с увреждания за формирането или влиянието върху околната среда. Сложността на модела е свързан с множеството идентичности, изразени от хората, напр. пол, раса, класа, социална роля и т. н., в допълнение към притежаваното увреждане. Както отбелязват Skelton & Valentine (2003), има множество идентичности в рамките на определено увреждане. Сложно е хората да съчетават и сменят идентичност по различен начин, в различно време и пространство според контекста и избора. Въпреки, че тази сложност се коментира често, има малко изследванията на повече от една идентичност в даден момент.

Мултидименсионален модел за идентичността при увреждания

Моделът не поощрява изразяването на емоциите и съществуването на конфликтите, но предполага, че емоциите могат да бъдат искрата, която запалва лични, обществени или институционални промени, или произвежда демонтаж на репресивни структури около увреждането или около хората с увреждания.

Модел на договаряне на идентичността

Моделът приема, че има развитие и динамика на идентичността съобразно факторите на околната среда и интерперсоналните фактори. Терминът „договаряне на

идентичността при хората с увреждания“ се въвежда за да улови и да опише в ход опитите за съчетаване на вътрешни и външни фактори, както и способността на индивида да променя околната среда.

Отбелязват се няколко фази:

- ✓ Невежество, неяснота.

Хората с увреждания (децата, техните родители) не са запознати с увреждането преди да го придобият и не познават както спецификите на самото увреждане, така и особеностите на социалното приемане. При наличие на увреждане, тази ситуация се променя. Ако уврежданията са вродени или рано придобити, реалността е различна, защото не се познава реалността без увреждане. За уврежданията няма универсален опит и е трудно да се смени реалността, и съответно идентичността при по-късно придобитото увреждане.

- ✓ Договаряне на идентичността

Терминът договаряне идентичност е избран умишлено да се опише идентичността, която е динамична с това, че външните влияния задействат интериоризацията. Противно на съществуващите модели, които изискват оптимално развитие на идентичността (Cross, 1971, 1991, 1995; Cass, 1979) или модели, които извеждат лични профили (Josselson, 1971), мултидименсионалният модел на идентичността при уврежданията позволява на хората да живеят в множество измерения на увреждане. А „договарянето на идентичност“ означава, че всички преживявания са валидни и неутрални.

Този модел позволява лицата с увреждания да отговорят и оформят социалните си интеракции и социалните си среди да не ги свързват в един етап. Договарянето на идентичността при хората с увреждания се представя чрез припокриване на взаимодействащи си сфери. Сферите представляват различни аспекти на увреждания или контекста, в който уврежданията могат да съществуват. Понякога е невъзможно да се различи една сфера от друг или стриктно да се определи как те си взаимодействат или влияят взаимно с други сфери. Хората с увреждания формират идентичност, като не са просто реагират на тяхната среда, те също са агенти на собственото си развитие, активни участници в рамките на непрекъснато променящите се условия (Kraus A., 2008).

Идентичността на хората е повлияна от формираните вярвания, нагласи и поведение. В резултат на това, много учени провеждат изследвания за определяне на идентичността под въздействие на здравния статус, избор на личността, ценности и

действия, като се допуска, че идентичността и здравето са неразривно свързани (Haslam, Jetten, Postmes, & Haslam, 2009).

Модел, свързан с комуникативната теория за идентичността (СТІ).

Тази теория се опира върху различни перспективи, които интегрират различни обстоятелства (Hecht, Jackson, & Ribeau, 2003; Hecht и др, 2004). Комуникативната теория за идентичността представя по-цялостен или синтетичен поглед към идентичността като включва общността, комуникация, социални отношения, както и концепции за самостоятелно „намиране“ на идентичността. Във всички тези слоеве комуникативната теория за идентичността има общи аксиоматични предложения (Hecht и сътр., 2004, Hecht & Krieger, 2006).

1. Идентичността притежава индивидуални, социални и общински имоти.
2. Идентичността е и постоянна, и динамична.
3. Идентичността притежава афективни, когнитивни, поведенчески, и духовни компоненти.
4. Идентичността има съдържание и нива на свързване и тълкуване.
5. Идентичността включва субективни и приписвани значения.
6. Идентичността притежава кодове, които се представят в разговори и определят членството в общностите.
7. Идентичността има семантични свойства, които се изразяват в основните символи, значения и етикети.
8. Идентичността предписва режима на подходяща и ефективна комуникация.
9. Идентичността е източник на очаквания и мотивация.
10. Идентичността е спешни и необходима.

Модел за развитие на идентичността

Gibson (2006) разработва модел, който се основава на американския закон за достъпност и постижимост на образование за хората с увреждания. Този модел улеснява хората с увреждания, в конструирането на идентичността. Разбиранията нивото на развитие на идентичността при хората с увреждания е своеобразен поглед върху социалните перцепции и препятствия, бариери и борби, които биха изпитали. Моделът за развитие на идентичността, още наричан Гибсън модел се прецизира в три етапа:

– пасивна информираност относно идентичността.

Този етап обикновено започва от началото на жизнения цикъл, от първата година, но може да продължи и в зряла възраст. През първия етап се отбелязва, че

медицинските потребности не са задоволени, хората са научени да отричат и крият увреждането си, във фамилията контекст са зависими и без „право на глас“, плашат се от внимание към тях, нямат социални контакти с други хора, които имат увреждания, моделът на уврежданията няма отношение. При тези патерни, развитието на идентичността е блокирано до степен на пасивно осъзнаване житейското функциониране.

– реализация на идентичността.

Този етап възниква предимно в юношеска възраст или в началото на зрелостта. През втория етап, хората с увреждания започват да се самоопределят като притежаващи увреждания, задават си въпроси: Защо аз съм с увреждане?, понякога се отбелязва омраза към самия себе си, интересуват се от социалната си перцепция и приемане от другите, увреждането е видимо т. е. има отражение на външния вид, често се наблюдава комплекса „супер мъж/супер жена“.

– приемане на идентичността.

Този етап възниква по-рядко в юношеска възраст или по-често в началото на зрелостта. През този етап, наречен още съзряване, хората с увреждания започват да променят фокуса от това „да си различен“ в отрицателна светлина във фокус на това „да се справя самостоятелно във фамилен, професионален и социален контекст“, започват да се самоопределят като значими и стойностни хора ни повече ни по-малко от другите хора, започват да включват други с увреждания в живота си, формират умения за самозащита, самоадвокатстване си и активизъм, интегрират се самостоятелно като дееспособни хора в социалния свят. Според Gibson (2006), развитието на идентичността е динамично и хората с увреждания не са постоянно в определен етап. Възможно е те да са достигнали трети етап – приемане, но при определени социални ситуации и при настъпването на негативни преживявания и стереотипи, могат да се върнат към втори етап – реализация.

Идентичността на хората с увреждания е в криза поради акомпаниента на притежаваното увреждане. Тази криза не е персонална криза, а е резултат от социалното форсирания и стереотипизиран конструкт на уврежданията. Снемането на стереотипите и познаването на особеностите на уврежданията, както и на способностите на хората с увреждания би довело до формиране на адекватна персонална идентичност при хората с увреждания. Тогава може да се твърди, че социумът приема различията и оценява възможностите, а не дефицитите.

МОДЕЛИ КЪМ ДЕЦАТА СЪС СПЕЦИАЛНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

Жана Атанасова

Медицински модел

Промяна в подхода към хората с увреждания започва да се наблюдава през XVIII в. и началото на XIX в. Тогава се появява доверието в медицината като лечение, което донякъде променя отношението и разбирането към хората с увреждания. Чрез медицински познания се извършва идентификацията на недостатъка и се вземат мерки главно за лечебно въздействие, доколкото всяко увреждане се е схващало като определен вид заболяване. Медицинският модел разглежда увреждането като индивидуален проблем от гледна точка на човека с увреждане, който е зависим и се нуждае от грижи и лечение, като това до голяма степен е предопределяло и начина, по който хората с увреждания системно са били изолирани от обществото.

В понятийния апарат на медицинския модел се срещат най-често термините „увреждане“, „поражение“, „дефект“, „недостатък“, „патологично отклонение“, „тотално недоразвитие“ и др. По своята същност и потреба голяма част от термините са клинични. С тях се изразяват негативни качества. Голяма част от класификациите са изградени върху медицински показатели.

Медицинският модел се ръководи от схващането, че невъзможността на хората с увреждания да участват пълноценно в обществения живот се дължи на тяхното увреждане, а не на недостъпната околна среда.

Медицинският модел е фокусиран върху „тялото“ и неговите дефицити, а не върху възможностите и способностите на човека.

Социален модел

Социалният модел има кратка история и данните показват, че води своето начало от 50-те години на XX век, когато в Скандинавските страни възниква теорията за нормализацията. Чешкият учен Иржи Дан през 1968 г. „отхвърля поставените етикети на децата с различни нарушения и се обявява против медицинския модел“. По този начин той поставя началото на нов подход към децата с увреждания и нарушения относно тяхното обучение.

В началото на 70-те години на XX в. В САЩ се появява социалният модел, който има друг начин на мислене в сферата на увреждането. Тогава хората с увреждания

започват да провокират обществото да гледа на тях по различен начин. В резултата на това започват да се „виждат“ ограниченията и бариерите, които пречат на хората с увреждания да упражняват правото си на равностойно и достойно участие в социалния живот.

Този нов начин на мислене става популярен по цял свят под името „социален модел“. Името идва от разбирането, че проблемите на хората с увреждания се коренят в обществото, а не в самите тях, оттук и названието „социален“.

Целта на социалния подход е да се премахнат бариерите пред пълноценното участие на хората с увреждания в обществения живот.

Социалният модел търси ресурсите на човека – какво човекът умее и може да прави, и вижда причините за неговите затруднения в средата, която не е достатъчно гостоприемна към различните. Същността на социалния модел се изразява в една коренна промяна на социалния статус на лицата с увреждания с цел подобряване на техния живот. Този модел се определя като принципно нов подход, ново отношение към тези личности на всички етапи от тяхното формиране, социална и професионално-трудова реализация.

В социалния модел се поставят потребностите на личността с увреждания и необходимостта от тяхното оптимално удовлетворяване. По този начин вниманието се насочва към обществената среда и нейните фактори. Един от най-значимите аргументи на социалния модел е разбирането, че причините за затрудненията при лицата с увреждания трябва да се търсят не толкова в тях, в отрицателните им биологически качества, колкото в средата и социалните условия.

Социалният модел има широко приложение в сферата на образованието, обучението и възпитанието на децата и учениците с увреждания още от най-ранна възраст. Оптимални предпоставки на социалния модел са налице при интегрираното обучение и приобщаващото образование.

Социалния модел е нова парадигма в специалната педагогика и се търсят нови форми, методи и средства за ефективно обучение, възпитание и развитие на децата и учениците със специални образователни потребности. Разработват се стратегии, подходи и техники за социално-педагогическо възпитание. Формират се социални умения за независим живот. Социалният модел доказва своите предимства, тъй като е обърнат изцяло към бъдещето на личността, към нейната успешна адаптация и интеграция в условията на естествената социална среда.

Толерантност

Толерантността е термин в социалните, културните и прочее контексти и описва поведение, маниери, подходи и отношения на подкрепа, разбиране и недискриминация към малцинствени или слабо представени групи, или групи, които по някакъв начин са в неравностойно положение. Съответно *нетолерантност* и *нетолерантни* са всички подходи и практики, които не проявяват подобно отношение.

Толерантност означава търпимост към друг начин на живот, поведение, увреждане, обичаи, чувства, мнения, идеи, вероизповедания. По такъв начин толерантността е свързана със свободата на инакомислещите в широкия смисъл на тази дума. Не в смисъла, който се е утвърдил в политическата сфера, който е по-близък до понятията „милосърдие“ и „снизхождение“.

Този феномен е толкова важен в съвременния живот, че през 1995 г. ЮНЕСКО приема Декларация за принципите на толерантността, включващи: уважение, приемане и правилно разбиране на богатото многообразие на култури в нашия свят; формите на изразяване и начини на проявяване на човешката индивидуалност; хармония в многообразието; тенденция за постигане на мирни съдействие за замяна на културата на войната с култура на мира.

СПЕЦИАЛНО, ИНТЕГРИРАНО И ПРИОБЩАВАЩО ОБРАЗОВАНИЕ

Дора Левтерова

През последните години социалната позиция на лицата със специални потребности коренно се променя. Променя се и отношението на обществото към тях – от репресивно и елиминиращо, през снизходително до патерналистично /покровителствено, но ограничително/ към признаване на „качество на живот“ през призмата на нормализацията. Наблюдава се коренна промяна и на медицинския модел на отношение към лицата със специални потребности със социален модел. Децата и учениците със специални потребности не са единствено и само в специалните училища. Въведе се интегрираното образование, и нормативно, и с все още протичащи широки обществени дискусии. В процес на реализиране е приобщаващото образование.

Налице е принципиално ново разбиране и разработването на нови нормативни документи за лица със специални потребности. Новите концепти се детерминират от условно обозначения принцип за нормализация. Неговата съдържателност се определя

като **живот с другите**, равни права и равни условия за живот, безспорно в обсега на притежавани възможности.Ценностите и нормите на дадено общество констелират социално адекватно и значимо поведение, което се осъществява в конкретните параметри на реалността.В нея се среща разнообразие от физически, психически и социални патерни, което налага социална интеграция.Тя е имагинерно двупосочен процес.

Приобщаването е осъществимо единствено в условия на готовност от две различни страни т.е. само при осъзната и открита позиция на приемане, а всъщност това са различни като интерпретация и концепция социокултурни норми. Социокултурните норми са свързани с определени социални ситуации, които понякога представляват толкова силен натиск, че поведенческите модели се определят като излизаци от нормите.

В периода на предучилищно и начално образование училището и учителите се явяват важен фактор за социализацията на учениците със специални потребности. Училищната среда поощрява и промоцира социалното развитие и личностово формиране.

В училищната мрежа могат да се открият няколко категории, в които се обособяват децата и учениците със специални потребности:

- ✓ *отхвърленост* – децата със специални потребности често са обект на присмех, или на подигравки, или страх, или на презрение от страна на другите ученици,
- ✓ *изолираност* – въпреки, че децата със специални потребности не са отхвърлени изцяло, те са игнорирани от класа или групата и не се включват в социалните кръгове на училищната среда,
- ✓ *дискутираност и обсъждане* – децата със специални потребности създават определен кръг от приятели и неприятели,
- ✓ *популярност* – децата със специални потребности създават позитивни релации в и с различни групи.

Интегрираното образование е процес, при който детето независимо от вида на увреждането и специалните образователни потребности е включено в общата образователна среда. Интегрираното обучение 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, специални учебно-технически средства и апаратура,

дидактически материали и помагала, ресурсни учители, социални работници. Интегрираното образование е насочено към детето със специални потребности, към микросредата му /съответния клас или група/, към образователния процес като се поставят изисквания към детето да реализира образователни и социални постижения спрямо нормата.

Приобщаващо образование е процес на максимална социализация на децата и възрастните със специални потребности. Реализиране на максимална социализация в следните аспекти:

- образователен - образование в общообразователно учебно заведение,
- професионален – успешно професионална реализация,
- социокултурен – овладяност и признатост в културален план на способности и възможности на лицата със специални потребности,
- социолингвистичен – терминологична и идиоматична коректност към лицата със специални потребности в обществото,
- стратегичен – изграждане и реализиране на успешни житейски стратегии, с пълноценно участие в обществения живот,
- дискурсен – резултативно участие в отделни житейски ситуации без манифестирани снизходителни или омилостивяващи поведенчески модели,
- социален – придобиване и реализиране на съответстващо ниво на социална перцепция, социална рефлексия, социална желателност и интелектуална, емоционална, социална компетентност,
- житейско-битов – независим живот със съответните обществените стандарти и т.н.

Приобщаващото образование поставя изисквания към средовия контекст на детето със специални образователни потребности. Тези изисквания са в контекста на снемане на негативни атитюди и стереотипи за уврежданията и специалните потребности, и за признаване на възможностите и постиженията на децата със специални образователни потребности.

Според ЮНЕСКО приобщаващото образование може да се определи като процес на разглеждане и отговаряне на разнообразието на потребностите на всички учащи се чрез увеличаване на участието в учене, култури и общности, както и намаляване на изключването в рамките на и от образование. Приобщаващото образование е свързано с промени и модификации на съдържанието, подходите, структурите и стратегиите, с

обща визия, която обхваща всички деца и ученици на съответната възраст, без разлика в цвят и убеждения. Приобщаващото образование е отговорност на редовната система за обучение на всички деца.

Концепцията на ЮНЕСКО е свързана с правата на всяко дете, с правата на всеки човек и в полза на социалното приемане и социалната справедливост. В този план, концепцията е силно хуманна и е израз на загрижеността за благополучието и щастието на всеки член на обществото.

Включването и участието са от съществено значение за човешкото достойнство и е необходимо да се ползва за упражняване на правата на човека. В сферата на образованието, това е отразено в разработването на стратегии за постигане на истинско изравняване на възможностите (UNESCO, 2005).

За учениците със специални образователни потребности /СОП/, терминът приобщаващо образование е валиден в контекста на термин-чадър. Ако в осъществяваните процеси на интеграция, образователните и социалните изисквания са насочени към учениците със СОП и учениците със СОП трябва да се променят и да достигат до нормата, то при приобщаването изискванията са насочени към всички членове на обществото и обществото трябва да се промени, чрез поставяне на изисквания към всички субекти в образователното пространство и необходимост от тяхната промяна на поведение и отношение към учениците със СОП.

Приобщаващото образование е „отхвърляне на сегрегацията или изключване на учащите по някаква причина - способност, пол, език, статус, грижи, семейния доход, увреждане, сексуална ориентация, цвят на кожата, религия или етнически произход. Приобщаващото образование е свързано с максимално увеличаване на участието на всички учащи се в общообразователните училища по техен избор, както и осъществяване ученето по начини, които са подходящи особено за тези учащи, които са най-уязвими спрямо изолация.

Промяната на политиките и качеството на образователните системи означава промяна и качество на техните учители. Когато образователните политики са изведени към приобщаващо образование за всички ученици с проблеми, включително и за учениците със СОП, учителите ще могат допълнително да се квалифицират за работа с ученици със СОП, ще познават по-добре техните потребности и ще могат да структурират индивидуални образователни програми съобразно уникалните възможности и потребности.

Приобщаващото образование помага на развитието на общности, в които всички хора са еднакво ценени и имат равни възможности за участие. Не може категорично да се твърди, че навсякъде тези общности съществуват. Напротив, налице са много стереотипи и предразсъдъци, много атитюди спрямо учениците със СОП. Повечето от тези атитюди са негативни, но даже и когато са позитивни, не се ли демонстрират в снизходителни и съжалителни модели. Приобщаващото образование може да преодолее тези атитюди чрез извеждане на условия и ситуации за манифестиране повече на възможности /в редица случаи уникални и дори феноменални/, а не толкова на ситуации и условия в които са видни специалните потребности на учениците. Включването в процеса на приобщаване улеснява работата с фамилния контекст и създаването на мобилни екипи от специалисти /включващи и доброволци/.

Тази социалната представеност е важен детерминант за хуманното и позитивно отношение към учениците със СОП. Действително уврежданията са различни, така както са различни и всички хора. Така например, физическите увреждания са социално по-приемливи отколкото умствената изостаналост, поради силното влияние на социалната перцепция и на предразсъдъците. Подобно становище изразяват Henderson и Bryan (1984), които уточняват, че учениците със средна степен на церебрална парализа са по-малко стигматизирани и етикирани, отколкото учениците с лека умствена изостаналост.

Тези социални атитюди се детерминират от социалната перцепция на познатата и очаквана информация. Ако при церебрална парализа са видими проявленията на заболяването и са предвидими резултатите на увреждането, като поведение и изпълнение на определени дейности, то при умствената изостаналост не може да се предугади последващо поведение и реакции на лицето, което я притежава. Не могат да се изградят когнитивни схеми за бъдещо поведение и резултати от него. Социалните сценарии остават неясни и с несигурен резултат.

Учениците без увреждания обикновено избират дистанцията при интеракции с ученици със СОП. Въпреки експанацията на подобен тип реакции, учениците със СОП могат да се чувстват по-комфортно когато демонстрират и по-ниски общодвигателни активности. Реакции в тази посока, обикновено се демонстрират в контекста на социална идентификация с лимитите на учениците с двигателни увреждания и се появяват спонтанно за да улеснят социалните релации.

Макар и този вид поведение да е леко снизходителен, той има обяснителен модел. Реализира се обърнат ефект на „социалните патерици“, съобразно който за да се

улесни комуникацията с учениците със СОП се предоставя и копира приблизително тяхната активност.

Приобщаващото образование не е чадър за обществена и социална защита, под който попадат учениците със СОП и техните семейства, не е дейност осъществявана в патерналистичен вид, не е вид благотворителност.

То е комплексна комбинация от мерки за изменение както на социалната компетентност на отделните лица, така и за промяна на социалната им среда. Приобщаващото образование е един от инструментите на социалната регулация и контрол, базирана на общоприетите социални норми, общи правила на съжителство и законово-нормативната регулация.

Към семействата на учениците със СОП и на техните семейства вече не се реализира социална перцепция единствено в контекста на социална, психологическа, образователна и работодателска помощ и грижа. Социално перцептивният модел към учениците със СОП и с техните семейства е променен в контекста на лица, които са активни субекти на обществото, което създава максимални възможности за тяхната самореализация и интеграция в социума.

Приобщаването е имагинерно двупосочен процес, чрез който се обуславят и детерминират социалните отношения в училищното пространство, а те определят социалният и образователния стандарт на учениците със специални потребности.

ОБУЧИТЕЛНИ СТРАТЕГИИ И ТЕХНИКИ ЗА ДЕЦА И УЧЕНИЦИ С УМСТВЕНА ИЗОСТАНАЛОСТ

Жана Атанасова

В работата с деца и ученици с умствена изостаналост са подходящи следните стратегии и методи:

⇒ **Предварителна подготовка:** Подгответе предварително съучениците на детето с умствена изостаналост за различния начин, по който то ще учи или участва в процеса на обучението. Това би ограничило неприемливото поведение или отношение към него от страна на съучениците му.

⇒ **Адаптиране на учебното съдържание:** Учебното съдържание да бъде редуцирано до равнището на познавателните възможности на детето/ученика с

умствена изостаналост. Адаптирането на учебния материал да бъде в непосредствена връзка с миналия опит и представи на детето и ученика с умствена изостаналост.

⇒ **Последователност:** Задачите да следват инструкциите и стъпките на изпълнение. При необходимост разделяйте задачата на малки стъпки и обучителни резултати. Например, трябва да се научите детето/ученика да чертае кръг, то може да започне с оцветяване на формата, после да съедини пунктирните точки за да направи формата, след това да прекопира формата от шаблон и т.н.

⇒ **Задавайте въпроси:** въпросите да са кратки, точни, ясни и по съдържание.

⇒ **Отговор на зададен въпрос.** Изисквайте пълни отговори на зададения въпрос.

⇒ Използвайте кратки изречения и прости думи, когато **въвеждате инструкции**, уверете се, че са разбрани, преди да преминете нататък.

⇒ Опитвайте се да свържете ситуацията с предишния опит на детето/ученика или ежедневни ситуации, в които то е участвало.

⇒ **Започнете с малко и надграждайте:** задачите в началото да са малко на брой, но постепенно ги увеличавайте. При необходимост разделяйте задачата на части.

⇒ **Намалете нивото на трудност:** задачите да бъдат степенувани по трудности, като се започне от лесното към трудното или от познатото към непознатото. При необходимост се подпомагат.

⇒ Окуражавайте при всеки успех, за да повишите мотивацията и желанието за участие в процеса на обучението.

⇒ **Повторение и обратна връзка:** ежедневната оценка е изключително важна за учениците с умствена изостаналост.

⇒ **Нагледни материали:** акцентрирайте върху визуалните изображения

⇒ Добре е да **игнорирате неприемливото поведение** при опитите на дете с умствена изостаналост да привлече вниманието ви.

⇒ Реагирайте само на поведението, което е приемливо.

⇒ Използвайте останалите деца при комуникацията и ориентирането на детето с ментално увреждане в правилата на работа, обстановката и

⇒ **Ресурсно подпомагане:** Ресурсно подпомагане на деца и ученици е осигуряване на обща и допълнителна подкрепа, основана на оценката на потребностите на децата и учениците, което включва осъществяване на дейности от специалисти, насочени към личностно развитие на децата и ученици със специални образователни

потребности, и с оглед постигане на целите, заложен в плановете за подкрепа и в индивидуалните им учебни програми.

⇒ **Спазване на принципа за нравственост и хуманизъм** в отношенията между учител и деца/ученици в образователния процес

⇒ **Помощни средства и технологии в процеса на обучението:**

В процеса на обучението се използват нискотехнологични, механични (lowtech) и високотехнологични, електронни (hi-tech) помощни средства, както в самата класна стая (групово), така и за конкретния ученик (индивидуално). Спрямо функционални затруднения на децата и учениците със специални образователни потребности и уменията, които трябва да развият в образователния процес помощните средства и технологии са:

- ✓ графични умения за писане;
- ✓ умения за четивна техника;
- ✓ математични умения;
- ✓ изобразителни умения;
- ✓ умения за рязане (ръчни технически действия);
- ✓ комуникативни умения;
- ✓ компютърни умения

⇒ **арт терапия, приказко терапия, музико терапия, танц терапия**- може да използвате посочените терапии, защото те оказват положително въздействие на децата и учениците с умствена изостаналост

⇒ **методиката (системата) на Монтесори.** Изключително полезна за децата и учениците с умствена изостаналост, защото в центъра на обучението се поставя детето с неговата индивидуалност, интереси и предпочитания. Възпитават се в уважение към личността на детето, вяра във възможностите му, необходимост от подкрепяща (подходяща) среда както и свобода на избор (възможност на детето да избира своите дейности и занимания през деня спрямо потребностите и интересите му.

⇒ **сътрудничество между семейството, детската градина и училището в процеса на обучението.** Сътрудничеството между семейство, детска градина, училището, ресурсен център и обществото се разглежда от водещия фактор – субекта – детето/ученика със специални образователни потребности. Тъй като семейството, детската градина и училището са основните институции във възпитанието и формирането на личността. Сътрудничеството между семейството, детската градина и училището е социална необходимост, която много често се нуждае от допълнителна

образователна и социална подкрепа. Активността на семействата на деца със специални образователни потребности е отражение на хуманизацията на обществените отношения и на промяната на нормативната уредба в съответствие със социалните и културни модели.

В контекста на образованието сътрудничеството между детската градин, училището и семейството се обуславя от наличието на общи цели и желанието да се постигнат резултати, които да доведат до промяна на статуквото – усъвършенстване на модела на общуване между участниците в образователно-възпитателния процес: учители – деца – родители, придобиване на нови компетентности, водещи до развитие на личността на всеки един от участниците, което в крайна сметка да доведе до всеобща удовлетвореност от съвместно извършената работа.

Чрез включването на родителите на деца със специални образователни потребности в образователно-възпитателния процес те поемат своите отговорности и с конкретните си действия допринасят за развитието и усъвършенстването на възможностите на своите деца. Родителите на децата със специални образователни потребности биха били по-ползени в ресурсното подпомагане, ако получават необходимата подкрепа, преди децата им да постъпят в детска градина или училище, защото „Образованието събира ученици, учители, родители и общностни организации в колективно сътрудничество, което трябва да създаде учебна програма и да произведе познавателно преживяване. Идеята е между училището и общността да се създаде взаимоотношение и да се свърже обучението с цялостния живот на ученика.

За развитие на сътрудничеството между родители и учители като представители на образователните институции е необходимо да се прилагат следните подходи:

- ✓ хуманно-личностният;
- ✓ индивидуалният и диференцираният;
- ✓ морално-етичният, който се изразява в защита на правото на детето да бъде

различно, да бъде защитено, да му се гарантира свобода на изявите, да се зачита мнението му, да се запазва поверителността на информацията, споделена от и за него. Тези подходи се отнасят и за взаимодействието учител – ресурсен учител – родител, чрез което се гарантира равнопоставеност, чувство за съпричастност и поемане на отговорност при обучението на децата и учениците със специални образователни потребности.

В интегрираното обучение принципно могат да се посочат трите типа родителски позиции:

- ✓ готовност за сътрудничеството, подкрепа и участие в процеса на интеграцията;
- ✓ пасивност, неутралност и равнодушие;
- ✓ поставяне под съмнение на дейността на училището относно обучението на детето им.

Сътрудничеството между детската градина, училището и семейството се основава на следните функции: информационна, конструктивна и социална.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ НА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС СЕНЗОРНИ УВРЕЖДАНИЯ

Към сензорните увреждания се отнасят слуховите и зрителните увреждания.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС СЛУХОВИ УВРЕДИ

Дора Левтерова

В цялост “дефекта на слуха на детето се оценява от гл.т. на възможностите за речево развитие при дадено състояние на слуха” / Deiner P.,1993/. От тези позиции се различават:

- **глухи** деца /загуба на слуха над 80 дБ/, които от своя страна се разделят на глухи без реч /рано-оглушали/ и глухи, усвоили и съхранили реч /късно-оглушали/
- **слабочуващи** / с понижение на слуха, което пречи на обучението в нормални условия, но при съхраненост на слуховата функция, в степен позволяваща макар и минимално, но натрупване на речеви запас с помощта на слуха/,които за педагогически цели се разделят на слабочуващи с дълбоко недоразвитие и слабочуващи с овладяна реч с незначителни недостатъци.С оглед на осъществяваната специално-педагогическа дейност се ползват двата критерия: състояние на слуха и речта.

В процеса на комуникация се ползват мимики, жестове, пантомимики.Слухово увредените лица ползват дактил, калкираща и мимико-жестова реч.

Дактилът е спцефична знакова азбука, която се изобразява за България с определени позиции на дясната ръка.Всеки знак от азбуката има съответен знак с ръката. Знаците са различни в отделните национални азбуки. В някои страни, като

Австралия, Англия се ползват и двуръчни азбуки, а китайската азбука е сричково изобразявана. Представен е модел на българската азбука за слухово увредени лица /български дактил/.



При специалното обучение на слухово увредените деца се ползва мултисензорен подход, т.е. оптимално се използват всички средства за непосредствено възприемане и контрол на речта, максимално се прилагат аудиотехника и слухопротезираща апаратура. Особено важни са ранното откриване на слуховия дефицит и обучението в предучилищна възраст. Продължава научното изучаване на технологиите за речевите когниции. В бъдеще ще стане възможно слухово увредените деца да разпознават и възприемат речта на звуковите колебания много по-бързо точно, много по-ефикасно.

При работа с деца със слухови увреди Gearheart B., Weishahn, Gearheart C.(1986) и Cook R., Tessier A., Armbruster U.(1997) уточняват препоръки за чуващите /родители, членове на семейството и близки хора, специалистите, работещи със слухово увредени лица/ и за други слухово увредени хора.

Важно е да се спазват следните **правила** в процеса на комуникация и в процеса на специално обучение в “четене на речта”:

⇒ Да се заема удачно място и позиция:

✓ Мястото на говорещия да се аранжира на разстояние пет-шест крачки от слухово увреденото лице и да се сменя от време на време, но не постоянно. Постоянната промяна на местоположението на говорещия ще създава затруднения да се следят и относително по-динамичните движения на цялото тяло и фините движения на оралната мускулатура.

✓ Лицето да е обърнато или в пълен профил, или в пълен анфас към слухово увреденото лице. Да не се излага лицето срещу пряка светлина, за да не се получи заслепяващ ефект. В същото време лицето на говорещия не би следвало да е в сянка, да попада в тъмна област.

⇒ Да се овладеят визуалните аспекти за отделните орални позиции на звуковете и словесните и логическите ударения.

⇒ Навременност на ситуацията и адекватност на поведението. Тук и сега. Да не се отлагат разговори поради неясни мотиви и обяснения.

⇒ Да се избягват излишните и прекомерните движения:

✓ Не са изключение ситуации, в които чуващите подават прекалено много движения, често от конвенционален или пантомимичен вид. Множеството движения могат да създадат конфузии и объркване сред слухово увредените лица. От една страна, неяснотите се получават поради неразбиране на движенията, които често понякога имат характер на “странно ръкомахане” и затрудняват, претоварват зрителната перцепция на слухово увредените лица. От друга страна, възможно е да се получи “сблъсък” на значението на извършваните движения от чуващите със жесто-мимичното, но друго значение на същото движение, не вписващо се в цялостния контекст на подаваната информация.

✓ Да се заема фиксирана позиция – седяща или стояща. Фокусирането на движеща се цел е трудно и не винаги правилно.

✓ Да се избягват дъвкателните или съпътстващите движения на говорните органи. Тези съдвижения затрудняват поелементния анализ, структурирането и осмислянето на визуално перцепираната дума.

⇒ Да се задават често въпроси на лицата с увреден слух, за да има сигурност, че се разбира и че се проследява подаваната или обсъжданата информация. Задаваните въпроси да не предполагат отговори с невербални знаци или едносрични думи. Например въпросът: “Къде е?” предполага указателен знак. Въпросите трябва да продължават разговора. Въпроси като “Разбра ли?” също предполагат автоматичен отговор, без да е налице действително разбиране. Децата да се изслушват внимателно. Добрите въпроси ръководят проблемното планиране на речта.

⇒ Да се говори бавно и отчетливо. Да не се бърза. Да има паузи между изреченията, пред по-сложните думи. Да се спазва нормалната плавност и ритъм, като се внасят логическите и емоционалните ударения и паузи.

⇒ Прозодиката да бъде естествена. Гласовите характеристики да не се променят и да се говори много високо или “роботизирано”. Гласът за да бъде приятен, трябва да е натурален, а не изкуствен.

⇒ Да се използват думи, които са интересни. По-често да се използват думи за действия и за предмети /обекти/.

⇒ Ако се използват нови или сложни думи, да се повтарят неколккратно, да се използват други думи за обяснение – синонимни или обясняващи. Препоръчително е дори да се репетират съвместно новите думи. Условието е особено важно при комуникация с деца с увреден слух. Някои думи е необходимо да се репетират многократно, да се използват в различни фрази, да се перифразира значението им. Когато се подава изолирана дума, да се спелува, да се изписва, да се ползва в различен контекст. Тъй като различни думи могат да изглеждат по един и същ начин. Например: каза – каса, мога – мода и т.н. Ако думата е нова, да се представят възможните ѝ значения, но не повече от четири-пет значения /ако има повече/.

⇒ Когато се говори за обект, който е в непосредствена близост, ако има възможност да се докосне, да се манипулира с него и да се предложи на слухово увреденото лице да извърши същите движения. Така се активират тактилната и хаптичната перцепция и те подкрепят зрителната. При условие, че обектът е извън пространството на комуникативната ситуация, да се потърсят и подадат придружаващи визуални, вибрационни или дори звукови знаци, но с друга честотна характеристика. Така се повишава ефективността на разбирането.

Ако се представя визуален материал е важно:

- ✓ Преди презентацията да се опише вида и естеството на продукта, в общ аспект съдържанието му;
- ✓ В хода на представянето да се акцентира на базисните стимули, на основните структуриращи елементи;
- ✓ Да не се представя в условия на пълна тъмнина, освен ако не е субтитриран изцяло или придружен с жесто-мимичен превод.

⇒ Когато вече е усвоено сравнително добро разбиране и експресивната реч на слухово увреденото лице е станала по-активна могат да се използват по-дълги изречения. Повторенията да се намалят, за да се овладее разбирането чрез “четене на речта” в различни ситуации на различни хора.

⇒ Да се осигури достатъчно време, за да обсъдят потребностите на ученика преди и по време на процеса на учене.

⇒ Да се запази фоновия шум до минимум, защото силните шумове и звукове могат да бъдат стресиращи, когато усилива чрез слухов апарат.

⇒ Да се внасят кратки почивки, защото четенето по устните е много уморително. От друга страна, четенето по устните е трудно, ако не е известно съдържанието, затова е необходимо структуриране на вербалната информация и предварително подготвени работни листове, брошури и т.н. Тези писмени материали е необходимо да се представят предварително, защото учениците със слухови увреди, не могат едновременно да четат писмен текст и по устните.

⇒ При работа с преводач, фокусирането на вниманието да е към ученика със слухови увреди, а не към преводача.

⇒ Груповата работа обикновено е трудна за учениците с увреден слух, тъй като те не могат да знаят кой говори и по този начин, който да гледат, освен ако присъства преводач. Да се насърчават учениците да посочат с жест себе си, когато говорят, за да може ученикът със слухови увреди да се ориентира.

⇒ Необходимо е след отделния час да се осигури допълнително време, за да се провери дали урокът е бил разбран.

Владеенето и прилагането на визирани правила и условия от родители и специалисти, предоставя възможност да се подпомага процеса на развитие на комуникативни способности при слухово увредени лица. Безспорно и логически следва преживяването за успех, което е основание за развитие на адекватност при само-актуализирането, за автономност и увереност в собствените възможности. Важно е тези методически указания да се реализират още в ранните етапи на развитие на слухово увредените деца, за да се създаде още една значима предпоставка за адекватно личностно развитие.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС ЗРИТЕЛНИ УВРЕЖДЕНИЯ

Дора Левтерова

Спрямо снижението на зрението на по-добре виждащото око с приложение на оптична корекция (очила и контактни лещи) се различават два основни вида зрителен дефицит - слепота и слабо виждане.

Слепотата е състояние, при което липсват напълно зрителни усещания или са налице само светло-усещания в незначителна степен.

Слабото виждане е състояние, при което различните степени на недостатъчност на остротата на зрението не позволяват да се възприемат фини детайли от всякакви дистанции, дори с оптична корекция.

В зависимост от тези дефинирания се определят две групи зрителни затруднения:

- слепота - острота на зрението от 0 до 0,04 включително;
- слабо виждане - острота на зрението от 0,05 до 0,2 включително;

Слепотата от своя страна се разделя на:

- абсолютна или тотална слепота – острота на зрението от 0 до 0,005 включително, напълно отсъстват зрителни усещания (светоусещане и цвето-различаване) ;

- частична или парциална слепота, налице е някакво светло-усещане (способност да се различават светлина от тъмнина) и формово зрение (възможност да се различават форми, т.е. да се отделят фигури на фон). В случая остротата на зрението е от 0,005 до 0,04 включително.

Трактовката на Световната здравна организация /СЗО/ за слепота и слабо виждане е по-различна. Основното определение за слепота е тежко състояние на зрението, което не дава възможност за ясно различаване на форми или разграничаването на детайли от определена дистанция.

Най-често установяването на състоянието на зрението стават чрез четене на букви, номера или други символи, написани на таблици, поставена на разстояние 20 стъпки (6,96 м). Популярният израз “20/20 зрение” означава, че на разстояние 20 стъпки очите могат да видят това, което нормално виждащото око трябва да види от тази дистанция (опнотип на Снелен 0,9-1). С увеличаване на размера зрителната острота намалява. Ако остротата на зрението е 20/200 или по-малко на по-добре виждащото око, дори след възможно най-добра оптична корекция, тогава се отчита слабо виждане, т.е. детето вижда от разстояние 20 стъпки това, което повечето хора виждат от разстояние 200 стъпки. За слепота се счита показател 20/400 или още по-голямо намаление. В този случай децата подлежат на специално обучение. Подобно определяне на зрителната острота, се оказва недостатъчно.

Подходящи стратегии и методи за работа с деца и ученици със зрителни увреждания:

- ⇒ Да се запознаят с карта на училището – двора, класните стаи, дизайн на мебели и апаратура и т.н.
- ⇒ Да се настаняват учениците по-близо до учителя, за да е сигурно, че чуват.

- ⇒ Да се прочита винаги текста от презентациите и да се обясняват снимковия материал.
- ⇒ Да се представят предварително писмени бележки и обяснения за предстоящата тема.
- ⇒ Да се внимава с ползването на пространствени ориентирани.
- ⇒ Да се прецизира терминологията чрез дискриминация към увреждането - например избягване на думи като „виждам, гледам“. Даже напълно незрящите хора гледат чрез други сензорни модалности.
- ⇒ Да се ползва алтернативни способи за учене – брайлови материали, брайлови учебници, „говореща книга“ и др.
- ⇒ Да не се променя рязко околната среда, напр. чрез оставени раници на пода, отворени врати и прозорци ит.н.
- ⇒ Да се назовава ученика по име и изисквайте от другите ученици да казват името си когато започват да говорят. Така може да се направи връзка между гласа и съответния ученик.
- ⇒ Да се насърчава помощта към и от ученика с увредено зрение.
- ⇒ Да се ползва системата на прикрепване.
- ⇒ Да се подкрепят силните страни на ученика.
- ⇒ Да се проследява ученика за правилна поза, маниеризми, зрителен контакт и социални правила при комуникация.
- ⇒ Ако ученикът ползва бял бастун или куче-водач, другите деца да се запознаят с тях.
- ⇒ Да се предоставят материалите в електронен формат, за ползване чрез екранен четец като JAWS.
- ⇒ Да се предоставя на ученика речник с основната терминология по съответния предмет.
- ⇒ Да се посочват задължителните текстове за четене.
- ⇒ Да се говори с ясен нормален глас, бавно и ясно, без да се движите много.
- ⇒ Да се елиминират допълнителни източници на звукове и шумове.
- ⇒ Да се извежда непременно заключение на преподадената тема.
- ⇒ Да се пита ученика дали има необходимост от помощ и каква помощ.

- ⇒ За слабо-виждащите ученици, слайдовете да са с черни или тъмносини букви на бледо жълт фон. Подходящ е Arial шрифт с размер 14 и даже 16-18.
- ⇒ Да се маркират в различни цветове важните абзаци, за Брайлов шрифт не е от значение.
- ⇒ Да се принтират материали в голям мащаб.
- ⇒ Да се използва максимално остатъчното зрение.
- ⇒ Да се подпомага мобилността на ученика.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ СЪС СПЕЦИФИЧНИ НАРУШЕНИЯ НА СПОСОБНОСТТА ЗА УЧЕНЕ

Дора Левтерова

Специфични нарушения на способността за учене е нов термин за приобщаването. Предходният термин „обучителни трудности“ е лингвистично прагматичен, но е буквален превод на „learning disabilities“ и не отразява съдържателната страна на проблемите на групата деца и ученици. Нарушенията на способността за учене са общи и специфични. Общите се презентират в двигателното и когнитивното развитие, в поведението и в социалните релации. Към специфичните нарушения на способността за учене се отнасят дислексия, дисграфия и дискалкулия.

Предлаганите модели представляват генерална грижа и подпомагане при специфични нарушения на способността за учене. Два са ключовите аспекта, които трябва да се следват и поддържат:

- Правилата да се следват, не само в академични условия, в училищната среда, но също така и в ежедневието на активности и дейности.
- Да е налице готовност за смяна на овладяната и реализирана до настоящия момент рутина в различни дейности и в поведенчески модели в учебна среда и извън нея.

ПРИ ПРОБЛЕМИ ОТ СТРАНА НА РОДИТЕЛИ И СПЕЦИАЛНИ ПЕДАГОЗИ

Напълно възможно е при комуникация и/или терапия при обучителни трудности да възникнат конфузни или неудобни ситуации, провокирани от страна на семейството или от страна на обучаващите. В този смисъл важно е да се осъзнае значимостта на

модификацията на въздействието на обкръжаващата среда т.е. да се промени отношението и поведението към детето /лицето/ с обучителни трудности:

➤ Да не се говори за детето /особено пред него/, а да се говори с него. Повечето от децата демонстрират сензитивност към непрекъснатите съвети и мнения, особено когато те се дават пред други хора. Да се търси споделяне на емоции, чувства, мисли. Поучителните и критични бележки да се игнорират, за сметка за поощряващо и подкрепящо поведение от страна на възрастните, членовете на семейството и връстниците.

➤ Родителите и специалните педагози да създават и поддържат взаимоотношения на доверие и подкрепа по отношение на детето с обучителна трудност. Постоянно да се обменя информация за проблемите и постиженията на детето. Да се споделят преживявания и емоции както по отношение на детето, така и по отношение на собственото поведение и реакции.

➤ Да се подкрепя вербализирането на емоциите и чувствата от страна на детето с обучителни трудности. Да се избягват подигравателния и ироничен тон, думи и отношение. Да се дава пример за изразяване на емоционална позиция – да се казва какво се харесва, отхвърля, чувства и дори, ако е възможно да се обяснява защо.

➤ Да се указва и обяснява промяната на дейности, неизменност и рутинност. Анонсирането на смяната ще провокира въпроси, които ще трябва да получат отговор. Често при отговорите се появяват обещания. Те трябва да се дават отговорно и да се контролира тяхното изпълнение. Ако се наблюдава многократно задаване на едни и същ въпрос /повече от три пъти/, тогава се уточнява, че се отговаря на въпроса за последен път. Това уточнение е важно, тъй като чрез него се елиминират опитите за изпълнение на отделни дейности в неизменния им и рутинен вид, от една страна и от друга страна се игнорират опитите за поява на манипулативни модели.

➤ Да се дава пример с поведението на възрастните. Родителите /както и специалните педагози/ да дават пример с речевото, емоционалното, когнитивното и социалното си поведение. Да се отделя достатъчно време за разговори, обяснения и изслушване на детето. Да се създава спокойна атмосфера.

ПРИ ПРОБЛЕМИ В ДВИГАТЕЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ

Сравнително често специфичните нарушения на способността за учене са провокирани от проблеми в развитието на моториката. Могат да се отбележат следните модели на дейности с децата със специфичните нарушения на способността за учене:

ПРИ НЕДОСТАТЪЧНО ДОБРА ДВИГАТЕЛНА КООРДИНАЦИЯ:

➤ Оценяването и изпитването да става в отделен, най-добре специален кабинет. Тази функция би могла да се осъществи в ресурсната стая, например.

➤ Да се структурират индивидуални програми за развитие на фина моторика. Да се вземат предвид различните темпове на движения при отделните учащи се и да се определя различна продължителност и темп на индивидуалния час.

➤ Да се конструира адаптирана двигателна програма за часовете по физическо възпитание, ако двигателните проблеми са сериозни. Да се предпочитат фитнес или лечебна физкултура като елементи на индивидуалната програма, а не състезателни спортове. Да не се изисква от учащите се да участват в състезания. Децата трудно съобразяват и координират своите движения с тези на другите деца.

ПРИ ПРОБЛЕМИ НА НИВО ОБЩА МОТОРИКА:

➤ Да се помага на децата да развиват концепти за пространство и посока, когато ходят или преценяват колко далече могат да стигнат /с бягане или ходене/ за определено време / например пет секунди, тридесет секунди и т.н./.

➤ Да се правят вариации от овладени умения като бягане, ходене, пързляне, плъзгане и т.н.

➤ Да се включват активности за развитие на латералната моторика: плъзгане, скачане, изкачване, падане.

➤ Да се овладяват умения за освобождаване на мускулното напрежение.

➤ Да се включват материали от различна текстура за развитие на тактилна перцепция и снемане на емоционално напрежение – например меки материи за докосване и увиване около части от собственото тяло, големи гумени топки за ритане / особено при деца, които се чувстват като “боксови круши”/ и др.

➤ Да се помага на децата да овладяват последователни движения с отделни части на собственото тяло. Да се изпълняват серии с препятствия – бягане, прескачане, провиране и т.н. Постепенно да се увеличава броя на препятствията. Например когато децата овладеят успешно навигацията с две или три препятствия, тогава да се увеличава броят им.

➤ Да се подпомагат децата при формиране на концепти за време, за движение за определено време, за ритъм.

ПРИ ПРОБЛЕМИ В СЕНЗОРНО-МОТОРНА ИНТЕГРАЦИЯ:

При децата със специфични нарушения на способността за учене е необходимо получаваната сензорна информация да се интегрира чрез моторно планиране и изграждане на двигателни умения. В този аспект се изискват практически упражнения.

- Да се играят игри като:
 - ✓ “Замръзване на място” – с музика, музиката спира при сигнал за замръзване, спирането на музиката не трябва да бъде продължително.
 - ✓ “Топло и студено” – скрива се предмет, децата го търсят, при приближаване се казва “топло”, при отдалечаване от скрития предмет “студено”.
 - ✓ “Прави, каквото правя и аз” – показват се движения в последователност или в синхрон, като пляскане с ръце, повдигане и/или сваляне на ръце и т.н..Тези движения се повтарят или се изпълняват съвместно с децата.
 - ✓ “Следвай лидера” – извършват се движения с цялото тяло, като скачане, бягане на място, клякане и др., които децата повтарят.
- Да се включват дейности, които изискват децата да използват и двете страни на тялото си заедно, като хвърляне или улавяне на топка, скачане с топка и др.
- Да се включват дейности, които изискват алтернативно използване на двете страни на тялото, като разходка по линия или баланс с едната и/или другата ръка, ходене по очертани различни конфигурации – в кръг, овал, лабиринт и т.н.
- Да се включат активности, които изискват децата да кръстосват средната линия на тялото, като например лявата ръка надясно, дясната ръка наляво и т.н.

ПРИ ПРОБЛЕМИ НА НИВО ФИНА МОТОРИКА:

Всички деца се нуждаят от практика за усъвършенстване на пръстовата и/или оралната моторика. Децата с обучителни трудности е необходимо да получават изключително внимание в тази област, тъй като техните движения често са тромави, непохватни и неумели. Би могло да се препоръча:

- Ползването на пъзели с магнити, с възможно по-малки елементи; движещи се малки играчки, които се следват – като малки коли, самолети и т.н.
- Мотивиране на децата “сами да направят “ нещо – закопчаване на копчета, удряне, щракане, разглобяване и т.н.
- Избягване на игрите и техниките за развитие на фината моторика, ако децата са много възбудени същия ден или имат излишък от енергия.

ПРИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С КОГНИТИВНОТО РАЗВИТИЕ

Проблемите, свързани с когнитивното развитие могат да се демонстрират в различни аспекти и по различно време.

ПРОБЛЕМИ С ВНИМАНИЕТО

Ако се демонстрира разсеяност, забравяне, неорганизираност сякаш ” децата ” не са в час” са налице симптоми, които могат да се отнесат към проблеми с вниманието. По-често се наблюдават проблеми с концентрацията на вниманието, отколкото с обема или с превключваемостта. В тези случаи е препоръчително:

- Да се елиминират възможните случайни стимули, разсейващи детето, когато е важно да се концентрира. Например, при групови дейности да се подбере внимателно мястото и времето, така че детето да не се заглежда през прозореца или да наблюдава какво правят другите деца в групови игри навън.
- Да се организира работата на децата в часа почти постоянно. Организацията да бъде на малки ”порции”.
- Да са налице строги правила и фиксирана програма. Децата да знаят какви са правилата, да преценяват какво постигат, какво знаят и какво могат.
- Да се намалява натоварването с домакински задължения. Същевременно детето да не се освобождава от всички домашни дейности.
- Да се задават често въпроси към децата със специфични нарушения на способността за учене.
- При очевидно разсейване на отделното дете да се даде сигнал. Този сигнал би могъл да бъде: нежно докосване по рамото или ръката, или изговаряне на името с нормална сила и тон на гласа, и др.
- Да се ползва ”системата на прикрепване” – с детето с обучителна трудност да има друго дете, което да напомня за изпълнението на отделните дейности.
- Да се поощрява детето, като се ползва активното окуражаване.

ПРОБЛЕМИ С МИСЛЕНЕТО

Децата със специфичните нарушения на способността за учене имат затруднения при обобщаването. Представите са преимуществено конкретни. Абстрактното мислене не е достатъчно добре формирано спрямо възрастовите норми. Проявява се педантично отношение при изпълнение на отделните задачи.

ПРОБЛЕМИ С ПАМЕТ

Същевременно си демонстрира много силно и с много добра представеност на механичната памет.

При аналогични затруднения, свързани с **академични затруднения**, предикторите за успех изискват :

➤ Учебната програма така да е структурирана за детето, че да осигурява успешно изпълнение.

➤ Всички деца имат предпочитани модели за получаване на информация – слухово, визуално, кинестетично-тактилно. Необходимо е да се знае и използват предпочитанията на децата.

➤ Да се започне с по-елементарни дейности с един основен концепт и да се увеличават учебните концепти. Например от броене до пресмятане.

➤ Инструкциите да са ясни, кратки и прости. Ако е необходимо да се дават на стъпки, последователно във времето. Например инструкцията: “Време е за събличане “ може да е достатъчна, но ако не е, тогава се подава на отделни елементи и/или с включване на игрови модел. Може да се опитайте например с варианта: “Съблечи куклата” и после, когато действието е извършено да се продължи с “Постави куклата в леглото ѝ”, след изпълнение на действието инструкцията да бъде: “Сега и ти се съблечи” и т.н. Когато детето е изпълнило изискванията, да не се пропуска обобщение на изпълнението и подкрепата.

➤ Детето да бъде постоянно мотивирано за изпълнение на отделните дейности в различен модел, за да се избегне ритуалност в поведението.

➤ Ако детето повтори или каже изискуемата информация, това не означава че я е разбрало. Възможно е съвсем машинално да отговори, че знае, че му е ясно, че е разбрало. За да се установи дали е налице действително разбиране е необходимо да се задават допълнителни въпроси по тематиката.

➤ Да се внасят повече допълнителни разяснения за факти и събития. Да се елементаризират абстрактните идеи.

➤ Да се използва изключителната памет на децата. Тя е предимство, което може и трябва да се включва в учебния и комуникативния процес.

➤ Да се обясняват нюансите и емоциите, чувствата, взаимоотношенията на отделни герои в разкази и приказки.

➤ Да се тълкуват различните значения на думите, да се обясняват нюансите в близко-значните думи.

➤ Да се има предвид при оценяването, че децата често ползват думи с неточно значение, повторения, непонятни изрази.

➤ Да е налице съобразяване с особеността, че децата не винаги разбират прочетения текст и той трябва да им се разтълкува.

➤ Да има строги изисквания, строг контрол за качеството на дейността на децата. Те трябва да се научат да поправят лошо извършената работа.

ОГРАНИЧЕН ИЛИ БЪРЗО СМЕНЯЩ СЕ КРЪГ ОТ ИНТЕРЕСИ

Понякога децата със специфичните нарушения на способността за учене демонстрират упорита заинтересованост от една, единствена проблематика или често сменят интересите си, но с голяма вгълбеност в поредната тематика. Налице е ограничен или бързо сменящ се кръг от интереси. В някои случаи задълбочеността помага за по-добра организация на изпълнението на учебните задачи, тъй като след тяхното изпълнение остава повече време за локализираната тематика. По-често, обаче детето се ангажира предимно с любимата тема и изоставя училищните си задължения. За да се избегнат тези проблеми:

➤ Да не се позволява на детето упорито и настойчиво да дискутира и обсъжда само изолираните си интереси. За тази проблематика да се определи време – в междучасията, след вечеря и т.н.

➤ Да се използва избирателно положителната подкрепа. Децата реагират много добре на похвали.

➤ Да се поставят строги изисквания към работата в клас. Да се обясни на детето, че то не определя учебната дейност в училище и при подготовката на домашните работи. В този контекст да не се обсъжда количеството на домашните работи, начина на преподаване от страна на учителя и т.н. с детето. Ако има основания за промяна, та разговорите да се реализират с педагозите. Същевременно да се правят компромиси – да се позволява на детето да се занимава и с предпочитани, любими дейности.

➤ В някои случаи е необходимо да има приспособяване към интересите на детето, например животни – кучета, транспорт – състезателни коли, мода – манекени и т.н., за да се внесе съответстващ игрови модел в началото на обучението по даден предмет или в даден учебен час.

➤ Да се подготвят специални упражнения, които са свързани с интересите и с учебния предмет, който се изучава (например история – дрехи, космос – планети и т.н.)

➤ Да се използват “фикс-идеите” на децата като средство за разширяване на техните интереси. Например, ако любимата тема е животни, да се ползва за овладяване на синоними и антоними за движение и бодърстване, хранене и живота им.

ПРИ ПРОБЛЕМИ, СВЪРЗАНИ С ПОВЕДЕНИЕТО

Повечето от децата полагат херкулесовски усилия да спазват определени модели на поведение или демонстрират явно безразличие към собственото си поведение. Естествено затруднява се и начина на общуване с другите. Тези усилия са различни за отделните деца. Някои проявяват негативизъм и не желаят да влизат в комуникативни контакти. Други не успяват да поддържат разговор и са затворени в себе си. Трети не могат да овладеят безспирния речеви поток и цялостната си, понякога странна активност. При повечето деца се наблюдава емоционална уязвимост. При подобни прояви е препоръчително:

➤ Обкръжаващата психологическа среда да е стабилна и да внася сигурност, за да се предотвратят внезапните избухвания, прояви на негативизъм или емоционални афекти.

➤ Възрастните да имат добре овладяна и контролирана прозодика на речта. Да няма напрежение, тревога, стрес, безпокойство и т.н. в гласа на учителя, родителя. Децата реагират свърхсензитивно на силно изразените паралингвистични елементи на речта.

➤ Да се има предвид, че детето както не винаги разбира собствените емоции и чувства, така не може да разбере емоциите и чувствата и на другите. Понякога трябва да се обясняват и анализират изразени чувства и емоции.

➤ Децата да научат и да използват алгоритъм от конкретни стъпки, в ситуации, когато са притеснени и разтревожени. В този алгоритъм могат да се включат например:

- ✓ Преброяване три-четири-пет пъти на пръстите на едната или на двете ръце.
- ✓ Дълбоко вдишване и издишване три-четири-пет пъти.
- ✓ Казване на кратка “магическа” фраза, дори и когато е без смисъл. Например, “опа –опа- опа”. Тази успокояваща фраза може и да е определена лингвистична конструкция с внесен смисъл и значение. Подходящо е тя да има утвърдителен характер. Например фразата: “не е проблем, на е проблем, не е проблем” е по-неподходяща от фразата: “всичко е наред, всичко е наред, всичко е наред” и т.н.
- ✓ Извършване на приятен ритуал.

✓ Изразяване на желание и негово самостоятелно реализиране. Например искане да се види и разговаря с определено лице - специалния педагог, масовия или ресурсния учител и ли друго лице и т.н.

➤ Да не се приема винаги на доверие преценката на детето, че се чувства отлично. Възможно е детето да отговаря на въпросите: "Как си? ", "Как се чувстваш?" съвсем автоматично: "Добре съм."

➤ Да се внася помощ при подготовка на уроците, тъй като децата болезнено преживяват дори частичните неуспехи. Притесняват се, изпадат в паника и не могат да се организират да продължат с друго решение или друга дейност.

➤ Да се наблюдава детето за симптоми на депресия или еуфория.

ПРИ НАРУШЕНИЯ В СОЦИАЛНИТЕ РЕЛАЦИИ

Нарушенията в социалните релации могат да се демонстрират спрямо трудности или невъзможност да се овладеят отделните видове социални умения като:

⇒ умения за провеждане на разговор – заемане на определени пози на тялото и фациална експресия, представяне на себе си и социална перцепция на другите, активно слушане, задаване и отговаряне на въпроси, умения за поздрав и за сбогуване, за подържане на разговор;

⇒ умения за приятелство – създаване на приятелство, изказване и приемане на благодарност и комплименти, харесване или не на групови дейности, стартиране на дейности с другите, оказване на помощ, подкрепа на приятелски решения и активности, активно подържане на интеракции – с търсене и приемане на обаждания и предложения, с предлагане и приемане на съвместни дейности;

⇒ умения за трудни ситуации – критикуване и приемане на критика, отказване и приемане на отказ, следване на инструкции, отговорност за учене и работа, устойчивост към натиск от равни и по-високопоставени, противопоставящи се, извиняващи се лица;

⇒ умения за решаване на проблеми – рационалност и ефективност при решаването на проблеми, даване и получаване на помощ, питания за обратна връзка, убеждаване и приемане на убеждаване, договаряне и спазване на договорености.

За преодоляване на проблеми в овладяването на социалните умения е препоръчително:

➤ Да се предпазва детето от ролята на мишена или обект за подигравки.

➤ Да се обясни на останалите деца (по-благоприятен вариант е те да са в група), че проблемите на детето са вид заболяване, вид персонално затруднение. Това е различие, а не по-ниско ниво на развитие, или по-ниско ниво на способности. Ако възможностите в овладяването на дадена информация при отделния човек в една област са по-ниски, то в друга са по-високи. Хората имат различни способности в различните области на познание и активности.

➤ Да се изтъкнат положителните страни и постиженията на децата с обучителни трудности и същевременно да се отбележат по-слабите постижения в някоя област на деца в относителна норма. Да се подходи внимателно за да не се създаде комплекс за превъзходство или снизходително отношение у останалите деца.

➤ Да се поощряват съучениците, когато проявяват толерантност или съчувствие и подпомагане.

➤ Да се работи за формиране на емпатийни модели при всички деца, без значение от демонстрираните в определен период възможности..

➤ Да се изтъкват силните страни в академичните умения на децата с обучителни трудности. Така децата ще бъдат по-добре приети сред останалите.

➤ Децата с обучителни трудности да се научат да реагират на различните социални знаци. Да се научат какво, кога и на кого и как да казват. Да се научат да играят различни роли. Подходящи са различните имитационни игри на поведенчески схеми. Те са полезни, защото децата се научават да спазват правила и норми на поведение. Останалите деца извеждат тези правила и норми по интуиция, чрез наблюдаване и осмисляне, подражаване и трансформиране в персонален модел. Докато децата с обучителни трудности понякога се нуждаят от тренинг на различни поведенчески модели на връстници и възрастни.

➤ Да се научи детето с обучителна трудност да отговаря правилно на поставени въпроси.

➤ Детето да се научи да използва интелекта си за придобиване на социални умения. Тъй като детето с този вид обучителни трудности е с ограничени възможности за социална интуиция, то и социалните инстинкти са слабо представени. Детето често се обижда, депресира и задава въпроси от рода на: ”Защо така се отнасят към мен?”, “Защо това се случва на мен?” и т.н. или проявява емоционално безчувствие към оскърбленията. Много често, обаче тази емоционална студенина е привидна, детето изживява тежко обидите и унижителните думи.

Необходимо е да се работи за изграждане на себеуважение, значимост и адекватна самооценка. Познаването и анализирането на проблема е от значение, но това не е достатъчно. Резултативен ефект има модификацията на разбирането (чрез интелекта) в дейност, осъществяването на самоактуализация при създадените обстоятелства и ситуации.

➤ Да се използва “системата на прикрепване”. Към ученика с проблеми да се “прикрепва” ученик с устойчиво и равновесно и реално самоуверено поведение.

➤ Да се създават условия за съвместни дейности с останалите деца. Да се поощряват активните дейности и активните разговори.

➤ Ако се появи подходяща възможност да се изведе детето за дадена ситуация в позиция на макар и временен, но лидер за дадена дейност. Ако детето с обучителни трудности пожелае да направи публична изява, да се мотивира допълнително и да се поощри след изпълнението ѝ.

➤ Да се формират умения детето да изразява свои желания, а не да очаква другите да ги отгатват.

➤ Да се използват различни типове интерперсонални релации и интеракции – отговорности, контакти в съвместни дейности, контакти в отделни процедури, поведенчески контакт

Всички участващи в процеса на обучение, превенция и терапия на специфичните нарушения на способността за учене не само осъзнава и анализират собствени разбирания, представи, проблеми и успехи, но също така трябва да откриват и знаят силните и слабите страни – собствените и на другите.

Тези препоръчителни модели за превантивна и терапевтична работа с децата с обучителни трудности могат да се включат както в обучението в клас, така и да намерят отражение в индивидуалните програми за обучение.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ НА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ С ФИЗИЧЕСКИ УВРЕЖДЕНИЯ

Дора Левтерова

Физическите увреждания могат да имат различен характер и различна изразност на анатомична деструкция или двигателна дисфункция, да се проявяват различен период - от детски церебрален паралич или ампутация до отделни счупвания. Друг термин, освен физически увреждания, който намира приложение в теорията и

практиката е двигателни увреждания. Физическите увреждания могат да възпрепятстват обучението в масово училище и да изискват интегрирано или специално образование, като често е налице протезиране. Почти е невъзможно да се опишат всички двигателни увреди в самостоятелната им характеристика, дори и да се ползват генерални понятия. Децата могат да притежават самостоятелно нарушение или в комбинация от други нарушения. Интелектуалните функции могат да бъдат в норма, под или над нормата. Физическите увреждания могат да се проявят още след раждането или в определен период след това. Няма типичен случай за двигателно нарушение. Физическите увреждания обаче трябва винаги да се диференцират по степен и сложност на проява, и отражението, което имат в цялостното развитие на детето.

Физическите увреждания могат да се класифицират според: степен на нарушението, клиничен тип на нарушението и спрямо отделните части на тялото, които са увредени.

Преди разглеждането на различните нарушения в детайли е необходимо да се обърне поглед към осъществяването на движенията в генералното им проявление. Знанията за това как се реализират движенията спрямо състоянието на костно – скелетната система и значимостта на мускулния тонус са в основата на разбирането на проблемите при децата с двигателни увреди.

При движение се увеличава напрежението в отделни мускулни групи. Например, от лежача позиция и желание за сядане първо ще се повдигнат главата и раменете, после гърба и ханша. Една от причините за трудностите при движенията е свързана с невъзможността различни мускулни групи да функционират координирано. В този случай детето е необходимо да се научи да ползва алтернативни мускулни групи за по-голям контрол над увредените мускули.

Под влияние на нервната система мускулите се намират винаги в леко съкращение и това постоянно напрежение се нарича мускулен тонус. Децата с висок мускулен тонус /хипертония/ се движат отривисто, конвулсивно, рязко тъй като не действат мускулните екстензори. Децата с нисък мускулен тонус /хипотония/ крайниците напрегнато са притиснати до тялото или отведени встрани, поради недостатъчното действие на мускулните абдуктори.

Поставянето на точна диагноза, генералната информация за мускулния тонус на детето и възможностите за движение са изключително важни за специално обучение и прогноза.

ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Детската церебрална парализа е едно от най-разпространените физически увреждания. Тя не е заболяване или болест. По-скоро е афектиране на движенията поради физически проблем. Не е прогресираща, но е и без ремисия, без прогредиентност.

Основно проявление са двигателните дисфункции, които са свързани като с увреда на двигателните зони и проводящите пътища на главния мозък, така и с нарушения в развитието на централната нервна система. Няма дори две еднакви прояви на детска церебрална парализа.

При детската церебрална парализа е налице разнообразие на двигателни нарушения в зависимост от структурата, локализацията, степента на увреденост на главния мозък. Това най-разпространено физическо увреждане се проявява в следните форми:

спастическа диплегия характеризираща се с тетрапареза /квадриплегия/. Мускулният тонус обикновено е висок. Тази форма е известна още като синдром на Литъл.

хемиплегическа форма, при която двигателната дисфункция на единия крайник е свързана със спастичност. Отбелязва се и така наречената атрофия на крайника, в смисъл на недоразвитие на увредения крайник спрямо общото биологично развитие и израстване на организма.

атоническо - астатическа форма или форма на Ферстер. При нея са налице атония и атаксия, тремор, астазия /трудно формиране на вертикализацията/, аритмия.

хиперкинетическа форма, протичаща с насилствени произволни движения - хиперкинези, които се усилват по време на напрежение и движение и при опит за двигателен акт, и изчезващи по време на сън и покой. Изменя се тонуса на мускулите /ригидност, хипотония/. Появяват се атетози, хореоформни движения, дистония, тремор. Налице е специфично проявление на така наречената спастическа крива шия - главата е наведена произволно напред, надолу и встрани към едното рамо, може да се съчетава с произволни движения - отмятане главата назад, повдигане на раменете. Като цяло е затруднена автоматизацията на движенията, особено на фините и точните движения.

Много от децата с детска церебрална парализа имат изразена и **допълнителна симптоматика**. Към съпътстващите нарушения се отнасят сензорни нарушения, речеви аномалии - особено често дизартрия и като цяло артикулационни нарушения,

нарушения в темпа и ритъма на речта, ментална ретардация. Срещат се нарушения в сърдечно-съдовата система, повишен болков синдром, нарушена терморегулация и др.

Съпътващата симптоматика и обикновено по-честото проявление на комбинираност на формите определя усложнена структура на двигателната аномалия.

Децата се нуждаят от индивидуални корекционни и рехабилитационни програми предвид конкретното проявление на нарушението.

ПОЛИОМИЕЛИТ

Названието полиомиелит етимологично е свързано с гръцките думи “полиос” /сив/ и “миелос” /мозък/ за обозначаване на увреденото сиво вещество на гръбначния мозък. Засегнати са предимно двигателните клетки, което провокира некроза или дегенерация.

Етиологията се свързва със семейството на ентеровирусите /чревните вируси/, в които влизат вирусите на Коксаки, респираторно - интериалните и вирус ЕСНО. Известни са три типа на вируса на полиомиелита: I - Брунхилд, II - Лансинг, III- Леон. В зависимост от топиката на поражението се уточняват три основни форми на полиомиелита:

абортивна /висцерална/ - няма симптоми на поражение на нервната система, но има катарални явления, гастроентерит или ентероколит.

менингиална - налице е сериозен менингит, предизвикан от вируса на полиомиелита. Появяват се фригидност на задтилните мускули и кръста, симптом на Амос/ невъзможност да се седне в леглото без опора на ръцете/. Завършва с благоприятно протичане и оздравяване без парализа.

паралитична- изразени са симптоми на поражение на нервната система, засягат се периферни двигателни неврони. Най-тежката форма на проявление. След период на общи и менингиални симптоми се проявяват болезнени мускулни спазми, парези или парализи. В зависимост от степента и топиката на вегетативно-трофическите нарушения се различават:

- булбарна парализа, при която се появяват разстройства в гълтането, фонацията, поражения на дихателния център, обилно слюноотделяне и отделяне на бронхиална субстанция. Разстроени са терморегулацията и сърдечната дейност. Възможен е летален изход.

- спинална /гръбна/ парализа, която се среща най-често, особено по време на епидемии. Налице са вяли парализи на ръцете, краката, дихателната мускулатура. Рискови за живота са парализите на диафрагмата и междуребрена мускулатура.

- мостова парализа характерна изразеност на изолирано едностранно или двустранно поражение на лицевия нерв. Появява се асиметрия на лицето. Прогнозата е благоприятна.

- енцефалитическа парализа, свързана с проява на церебрални /спастически/ парализи, локални /джексънови/ припадъци, хиперкинези, трайни парализи на отделни мускулни групи, което провокира деформации на тялото и ставите.

В превантивната дейност за полиомиелита се включва масова ваксинация.

МУСКУЛНИ АТРОФИИ И ДИСТРОФИИ

Двигателните увреди при децата могат да бъдат свързани с мускулна дистрофия, която постепенно прераства в атрофия без поражение на нервната система. Мускулна дистрофия е обединяващо понятие за група от хронични, прогресивни нарушения, които се отразяват на волевите движения. Предимно е с наследствена и вродена етиология, но се срещат и придобити форми. Децата се раждат в норма, мускулната слабост настъпва към 4 - 5 година. Забавеност и непохватност са първите индикации на аномалията. В зависимост от локализацията на мускулната хипотония /обща мускулна слабост/ се поразяват различни участъци от тялото - тялото, горни или долни крайници и др.

Приема се, че биохимични обменни нарушения намаляват мускулните белтъчини, което от своя страна е симетричен израз на атрофиите. Позициите на атрофиралата мускулатура се заема от разрастваща се мастна и съединителна тъкан, като нервните влакна се запазват.

При другата група поражения, мускулното увреждане има вторичен характер. Първо се нарушава структурата на нервните клетки. Допуска се, че обусловеността е в контекста на общи инфекциозни заболявания, анемии и др. Настъпват дегенеративни изменения на моторните клетки в гръбначния мозък. Децата трудно заемат основен стоеж поради мускулната слабост, изменени са общи и фини движения. Децата имат запазена чувствителност в крайниците, дори и когато не могат да осъществяват движения с тях.

Не се наблюдават нарушения в интелектуалните функции. Изключение са децата с псевдохипертрофическа форма, при която наред с прогресиращата атрофия на

раменната и тазобедрената мускулатура се проявяват ендокринни нарушения, късно развитие на речта, тежки поражения на интелекта.

КОСТНО - СКЕЛЕТНИ ДЕФОРМАЦИИ

УВРУЖДЕНИЯ НА СТАВИТЕ

Към аномалиите на ставите се отнасят изкълчванията на раменните, тазобедрените, лакътните и коленните стави. Обикновено по-честа разпространеност имат изкълчванията на раменните и тазобедрените стави.

Отбелязват се няколко степени:

- ✓ леко недоразвитие /дисплазия, първа и втора степен/,
- ✓ частично изкълчване /сублуксация, трета степен/,
- ✓ пълно изкълчване /луксация, четвърта степен/.

Наблюдава се и същинско изкълчване /сравнително рядко срещано/, при което ставите са изкълчени вече в момента на раждане.

Клиничните признаци при изкълчвания са свързани с абдукция /ограничено отвеждане, характерни изменения при позата на крайниците, затруднено реализиране на основни движения бягане, клякане, скачане, бързо настъпване на мускулна умора, хематоми в резултат на деструкция на кръвоносните съдове.

МАЛФОРМАЦИИ

Към малформациите се отнасят *полидактилия*/повече, по-голям брой пръсти на крайниците/, *синдактилия* /срастване на пръстите/, *брахидактилия* /частична или пълна липса на пръсти/, *ектродактилия*/деформирани или липсващи пръсти/, лицево - челюстни деформации.

За децата и учениците със физически увреждания могат да се предложат следните стратегии на работа:

⇒ Да се осигури достъпна архитектурна среда – рампи, врати, парапети, ключове за осветление, тоалетни, мивки, място в класната стая за инвалидна количка или специален чин.

⇒ Да се премахнат предмети, които допълнително могат да затрудняват мобилността - килими, по които се пързала инвалидната количка, мебели и др.

- ⇒ Да се предвиди време да се дискутират проблемите и потребностите на ученика с физически увреждания, преди да започне учебните си занятия.
- ⇒ Да се изградят отношения на социално приемане сред съученици и учители.
- ⇒ Да се помисли за безопасността и отговорността в училищната среда.
- ⇒ Да има съобразяване с желанията на ученика с физически увреждания.
- ⇒ Да се предвиди евентуалния маршрут на ученика с физически увреждания в училището, да се обезопаси и да се предвиди време за придвижване в междучасията.
- ⇒ Да се помага на ученика с физическо увреждане, но не без негово разрешение.
- ⇒ Да се отделя време за комплектуване на материали съобразно предпочитанията на ученика – писмени материали, презентации или други.
- ⇒ Да се предвиди повече време за изпитване или да се уточни специално време за изпитване.
- ⇒ Да се конкретизира начин на обратна връзка спрямо изпълнение на лабораторни упражнения и практики.
- ⇒ Да се уточни необходимостта от помощни средства – инвалидни колички, проходилки, бастуни, щрангове и други.
- ⇒ Да се уточни необходимостта от асистирани технологии.
- ⇒ Да се уточни необходимостта от подпомагане от друг ученик или учител.
- ⇒ Да се общува с ученика с физическо увреждане както с всички останали, защото в повечето случаи няма нарушение на интелекта или на слуха.
- ⇒ Да се избягват ситуации, които могат да притеснят или унижат ученика с физическо увреждане.
- ⇒ Да се поощрява и мотивира за успех детето с физическо увреждане.
- ⇒ Да се поощрява създаването на приятелски отношения с връстници, участие в групови или социални събития.
- ⇒ Да се следи за провеждането на рехабилитация.
- ⇒ Да се включва ученика с физически увреждания в занятията по физическо възпитание и спорт с подходящо подбрани упражнения.
- ⇒ Да се овладеят техниките от ерготерапевта за укрепване на мускулатурата, за равновесие, за безопасно падане и ставане след това.
- ⇒ Да се работи за овладяване на техники за справяне със ситуации, които създават неудовлетвореност или несигурност.
- ⇒ Да се овладеят и практикуват техники за релаксация.

СТРАТЕГИИ И МЕТОДИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА И УЧЕНИЦИ С РАЗСТРОЙСТВА ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР

Дора Левтерова

Основните дефинитивни характеристики за разстройствата от аутистичния спектър /РАС/ са свързани със социализацията:

Децата с РАС показват слаб интерес към другите хора, включително и към членовете на своето семейство и желание да остават съвсем сами за продължителни периоди. Липсва мотивация за всевъзможни форми на социална интеграция.

Втората област на очевиден дефицит е в езиковото и речевото функциониране. Повечето от децата с РАС не говорят или осъществяват елементарни комуникативни актове, преимуществено с невербална, оскъдна употреба на знаци или се демонстрира ехолалия, персеверации или използват думи, невключени в стандартите на нито един език.

Отбелязва се така наречената **триада на социалната интеракция**:

- ⇒ нарушение на социалните взаимоотношения,
- ⇒ нарушение на социалната комуникация
- ⇒ нарушение на социалното разбиране и представяне (Wing L., 2000).

Детските социални, комуникативни и обучителни трудности са резултат от лимитирано, ригидно, повтарящо се поведение, доминантност към стереотипи, агресия или свръх-пасивност, само-наранявания. При някои от децата се появяват изпреварващи възрастовото развитие умения или специфични възможности, например в областта на музиката (Newsom, Rincover, Holanitz, 1989).

Основните позиции на проявление на РАС са:

1. Качествени нарушения в реципрочната социална интеграция, демонстрирана в:

- липсващи или ограничени възможности за междуличностна перцепция/не се отчитат дистрес при другите хора, не се изграждат концепти за потребностите, нагласите, тайните на другите/
- липсващи или аномални изисквания за комфорт при дистрес/например при заболяване или умора, търсене на комфорт по стереотипни пътища/
- липсваща или нарушена имитация/не може да помаха с ръка за довиждане и т.н./

- липсваща или аномална социална игра /нямат частична активност в обикновени игри,предпочитат уединени игри и т.н./

- значителни нарушения в способностите да изграждат приятелски взаимоотношения /демонстрират липса на разбиране на конвенционалните социални интеракции,не се интересува за изграждането на равно поставени приятелски връзки, не се интересува от приятелства/

Лицата с аутизъм не разбират и не овладяват сложните правила на социалните взаимоотношения. Те говорят на хората,вместо да говорят с хората. Трудно усвояват социалните знаци, нямат социален инстинкт и интуиция,които да позволяват осъществяването на адаптивни социални релации. Показва се безразличие към другите. Стремехът към само-изолация е силно проявен. Възможно е да съществува симбиотическа форма на контакт. Детето не желае да остава без майката, демонстрира тревога в нейно отсъствие,макар че не проявява емоционална отзивчивост и ласкавост към нея. Понякога даже отношението към присъстващ родител може да варира от индиферентно до негативно-отблъскващо.

2. Качествени нарушения във вербалната и невербалната комуникация и в творческите активности,манифестирани в:

- липсват способности за комуникация,като фациална експресия, мимика, жестикулация или в говоримия език

- налице са аномални модели за невербална комуникация,като не се използва зрителен контакт, позиция на тялото,жестове за инициране или модулация на социалната интеграция/не поглеждат хората в очите или имат “блуждаещ” поглед докато разговарят, не се усмихват,имат фиксирано вторачване при социални ситуации/

- липсват творчески активности, като изпълнение на ролите на възрастните, фантазни образи или образи на животни, липса на интерес към приказки и истории с фантазни ситуации и обстоятелства/

- налице са нарушения в продукцията на речта,като съдържание, ритъм, интонация, сила и височина /прозодиката е нарушена, монотонен или много висок глас/

- нарушени са формите и съдържанието на речта,с включване на стереотипи и повторения /ехолалия или механично повтаряне на определени думи, реклами, използване на трето лице ед.ч. вместо първо лице ед.ч. (вместо “аз искам вода” се изговаря “ти искаш вода), идеосинкретична употреба на думи или фрази, често се внасят ирелевантни фрази (например при провеждан разговор за спорт, изведнъж се започва разказ за филми за животни)

- нарушения в способностите да се започва или да се поддържа разговор с другите
Способностите за интерактивно общуване са много ограничени, което означава, че не може да се реализира участие в нормален разговор.

3. Наличие на повтарящи се дейности и интереси, проявявани в:

- стереотипни движения на тялото, като комплексни движения на тялото, монотонно поклащане на главата, странни или кръгово-усукващи движения с пръстите

- настойчива заинтересованост от части на обекти/текстура на материал, колелата на играчката кола/

- поява на дистрес при промяна на тривиални аспекти на околната среда/например, ако вазата е преместена от обичайното си място/. Настъпва лесно объркване, тревожност, безпокойство при изменящи се позиции на обстановката. Изненадите, страхът от неизвестното, сензорните претоварвания ги изваждат от равновесие и могат да започнат разрушителни или самонараняващи се действия.

- неразбиране на променящи се точно определени детайли и промяна на рутинност /например смяна на обичайния маршрут до училище, до дома или смяна на плана за деня, на текущите задачи и разписания/

- рестриктивни нива на интереси или заинтересованост само в една насока /събиране на странни предмети, маниакална любознателност само в една област, например зоология или космонавтика/. Непрекъснато говорят, разказват за тематиката, която ги интересува. Невъзприемчиви са за нови идеи, натрапчиво са заети с ексцентрични дейности и фикс-идеи.

Цялостно нарушение на поведението се отчита при случаи на качествено нарушение в развитието на реципрочна социална интеракция и на уменията за вербална и невербална комуникация, ако тези нарушения не се срещат при аутистично нарушение, шизофрения, шизотипни и шизоидни личностови разстройства. В този смисъл РАС не винаги е чисто, изолирано поведенческо нарушение.

Безспорно, широкият континиум и разнообразния спектър на аутистична симптоматика трудно може да бъде изведен с категорична и еднаква типичност. Всеки случай носи уникалността на индивида. Съобразно специфичните прояви на децата с РАС в комуникативен, поведенчески и социален аспект се конкретизират и терапевтичните стратегии за специално обучение.

На базата на терапевтичните модели могат да се структурират някои генерални правила за работа с дете/ученик с РАС:

- ⇒ Да се приема детето такова, каквото е – без снизхождение и демонстрирана съжалителност, свръхопека или свръхпротекции .
- ⇒ Да се осигури непроменяна рязко и комфортна околна среда за житейско функциониране, общуване, игра и обучение.
- ⇒ Да има съобразяване с интересите на детето.
- ⇒ Да се спазва строго определен режим и ритъм на детето и да се спазват ежедневните ритуали.
- ⇒ Да не се претоварва сензорно с прекалено онагледяване, но да се ползва мултисензорен подход.
- ⇒ При изискване от страна на детето за избор на предмет от много предмети, не предоставяйте повече от три предмета, от които да направи избор. Хиперстимулацията претоварва сензорно детето.
- ⇒ Да се използва нагледна информация /схеми, карти и т.н./.
- ⇒ Да се внася анализ на последователни задачи.
- ⇒ Да се ползват инструкции, които са онагледени. При вербални инструкции да се провери дали инструкцията е разбрана.
- ⇒ Да се избягва преумората на детето.
- ⇒ Да се внасят компютъризирани модели за терапия /подпомагат овладяването на речта и допринасят за формиране на комуникативни умения/.
- ⇒ Да се ползват „Оорс“ стратегии.
- ⇒ Да се отчитат вербални и невербални сигнали, дори минимални които показват наличие на детския дискомфорт.
- ⇒ Детето да се ангажира в изборния от него изолиран модел, но при всяка възможност да се включва в социални релации в група от деца или в клас.
- ⇒ Да се провеждат възможно по-често разговори с детето.
- ⇒ Обстойно и с търпение да се обяснява на детето смисъла на неговата дейност,
- ⇒ Да се избягва ползването на ирония и сарказъм, защото може да се разбере буквално изказването и да се приеме като правило.
- ⇒ Да се избягва използването на преносни значения и идиоми, защото детето се обърква.
- ⇒ Да не се задават въпроси, които предполагат едносричен отговор. Да се задават въпроси с „Какво, Как, Защо..?“

⇒ При даване на групови инструкции, които се отнасят и до детето с РАС, да се обръща специално внимание, с назоваване на името му, че инструкцията се отнася и до него.

⇒ Инструкциите да се прилагат гъвкаво спрямо учебното съдържание и поведението на детето.

⇒ Да се използват техники като „първо – второ – трето...“, „ще направим, правим, приключваме“.

⇒ Да се ползва системата на прикрепване.

⇒ Да се прави трансфер на учебно съдържание с интересите на ученика.

⇒ Да се промоцира генерализацията.

⇒ Да се помогне на детето да научи как и кога да прилага специфични социални умения в различни ситуации.

⇒ При необходимост да се внесе и овладее от родителите алтернативна система за комуникация /например системата Макатон/.

⇒ Да се избягват изненадите.

⇒ Да се използват фикс-идеите в трансформиран модел в процеса на обучение и терапия.

⇒ Да се обучават в отчитане на социалните знаци от другите хора. Знаци, свързани с емоционални състояния, реакции към ситуации и т.н. като се използват възможностите им да отчитат различията на обекти.

⇒ Да се обучават в създаване и поддържане на приятелства и социални взаимоотношения.

⇒ Да се обучават в разбиране и изисквания за комфорт и удобства, претенции и отстояване на позиции.

⇒ Да се овладяват невербални знаци и да се елиминира страха от докосването.

⇒ Да се пази детето от самонараняване и нараняване на другите /да се познават и отчитат първичните знаци за тези реакции/.

⇒ Да се предупреждава детето за смяна на рутина, среда и маршрут.

⇒ Да се наблюдава самостоятелната игра на детето в неструктурирани ситуации и с различни предмети за да се направи подбор съобразно интереса и уменията му.

⇒ Да не се приемат лично отделни прояви на агресивно или грубо поведение, а да се потърси причината за този вид поведение.

⇒ Да се защитава ученика от подигравки и унижения.

- ⇒ Да се работи целенасочено по развитие на мотивацията.
- ⇒ Да се учат специфични социални правила като умения за социална отговорност, социална дистанция, самоопределяне и т.н.
- ⇒ Да се провокират и да се поощряват ролевите игри.
- ⇒ Децата да се подготвят за живота им като възрастни.
- ⇒ Родителите да се включат в терапевтичния процес като овладеят теоретични знания за разстройствата от аутистичния спектър, “професионалните умения” да общуват с детето.

СТРАТЕГИИ, ПРЕПОРЪКИ И МОДЕЛИ НА ДОБРИ ПРАКТИКИ, ЗА РАБОТА С ДЕЦА СЪС СИНДРОМ НА ХИПЕРАКТИВНОСТ С ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО

Иван Тричков

Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието е едно от най-често срещаните поведенчески разстройства (в последно време) характерни за предучилищна и училищна възраст. То е и едно от най-леките, най-вече поради факта, че децата са с напълно запазен интелект и в не редки случаи са доста по-интелигентни от връстниците си в норма. Оценките са, че 3 до 5% от децата в ранна училищна възраст, са засегнати от това разстройство, но някои изследвания са показали и по-високи проценти – до 12% (Biederman & Faraone, 2005 по Стърнбърг, Мио, 2012).

Среща се много по-често при момчетата, (в съотношение според различни автори вариращо от 4:1 до 9:1). В последно време обаче се забелязва тенденция за увеличаване броя и на момичетата засегнати от това разстройство.

Синдромът на хиперактивност с дефицит на вниманието (ХАДВ) се среща при всички социално-икономически слоеве от населението, но редица автори (Стърнбърг, Мио, 2012 и др.) отбелязват, че хиперактивността се среща все пак по-често в слоевете от населението с нисък социален статус. Този факт може да се обясни с това, че социалните фактори много често се явяват провокатори на поведенческите проблеми. Също така Barkley (1997) изтъква, че синдромът на хиперактивност е по-разпространен в регионите с повишена плътност на населението.

Според МКБ-10 разстройството се характеризира с липса на постоянство в

дейностите, които изискват когнитивно участие и тенденция да се прехвърлят от една дейност към друга без да завършат нито една от тях; заедно с това е налице дезорганизирана, зле регулирана и прекомерна активност.

Наблюдават се и ред други отклонения. Тези деца са често безразсъдни и импулсивни, предразположени към злополуки и нарушават често дисциплината, но това се дължи по-скоро на необмислени прояви отколкото на преднамерено незачитане на правилата. Взаимоотношенията им с възрастните често са социално дезинхибирани, с липса на нормалната предпазливост и съдържаност; непопулярни са сред другите деца и могат да останат изолирани. Обичайни са нарушенията на когнитивните способности, а специфичното закъснение на двигателното и речево развитие е непропорционално често. Като ярък проблем се очертава неспособността да се взимат каквито и да било решения. Тук те изпитват големи затруднения, което често създава впечатление у околните, че са твърдоглави, крайно упорити и не съобразяващи се с общоприетите норми на поведение и дисциплина.

Като вторични усложнения могат да се срещнат асоциално поведение, социално не приемане, агресивно поведение, асоциални прояви, ниска самооценка, понижено самочувствие, повишена тревожност, депресивни състояния и пр. Проблемите с ниската самооценка и усвояването на учебния материал намаляват шансовете за успешно завършване на училище и успешно намиране за задоволителна работа. В юношеска възраст хиперактивността и импулсивността могат да отшумят, но проблемите свързани с вниманието обикновено се задържат и в зряла възраст. Остават си и трудностите във взаимоотношенията с другите.

Водещи прояви на основните симптоми

Според DSM-IV, основните симптоми (невнимание, импулсивност, хиперактивност) се характеризират със следните водещи прояви:

Невнимание:

- често не успява да съсредоточи вниманието си към детайли или прави грешки от небрежност в училищната работа, работни занимания или други дейности;
- чести затруднения в поддържането на вниманието при изпълнението на задача или игра;
- често сякаш не чува когато му се говори;

- често не следва напътствия и не успява да довърши училищната работа, домашните задължения или професионалните ангажименти (но не поради поведение на противопоставяне или неспособност да се разберат инструкциите);
- често среща затруднения да организира задачите и дейностите си;
- често отбягва, не харесва или се включва с неохота в задачи, които изискват съсредоточен умствен труд (като уроци в училището или домашна работа);
- често губи важни предмети или изпуска детайли от задачите или дейностите си (например играчки, училищни задължения, моливи, книги или други инструменти);
- често се разсейва лесно от външни стимули;
- често забравя за всекидневни, рутинни дейности.

Хиперактивност:

- често си потрива ръцете или краката или не може да се свърта на мястото си;
- често става от мястото си в класната стая или в друга ситуация, в която се очаква да остане седнал;
- често тича наоколо или се катери нагоре-надолу в ситуации, в които това е неподходящо поведение;
- често изпитва затруднения при игра или по-тихи развлекателни занимания, изискващи съсредоточаване;
- често е превъзбуден или действа сякаш има „вътрешен мотор“;
- често е приказлив.

Импулсивност:

- често избъбря отговори, преди въпросите да са зададени докрай;
- често изпитва затруднения да изчака реда си;
- често прекъсва или се натрапва на други (напр. намесва се в разговори или игри).

За развитието на социалните умения

След наши теоретични проучвания стигнахме до извода, че са публикувани много малко изследвания свързани с развитието и формирането на социални умения при индивиди със синдром на хиперактивност. Социалните умения често обикновено се придобиват от живота: гледане на хора, копиране на поведението на останалите, чрез практика и получаване на обратна връзка. Повечето индивиди започват този процес още по време на ранното детство. Социални умения се придобиват и усъвършенстват от „играта на възрастен“ и от други подобни дейности, които са характерни за детството.

В тънкостите на социалните взаимодействия са включени наблюдение, обратна връзка, партньорска проверка и т.н. Индивиди, които са развили подобаващи социални умения са възнаградени с това, че са по-приемани от тези, които не са развили такива. Когато има дефицит на социални умения – това води до партньорско отхвърляне, което след това поставя граници и бариери в общуването (по Тричков, 2012).

Пластичността и гъвкавостта, която придават социалните умения са важни по редица причини и една от най-важните, е че ако те не бъдат развити могат да обрекат детето на самота или да доведат до тревожност, депресивни състояния и т.н. Усвоявайки социалните умения, ние рядко осъзнаваме, че сме възприели сложен поведенчески репертоар състоящ се от различни поведенчески елементи. Без тези поведенчески елементи общуването ни с другите не би било така ползотворно и пълноценно (по Тричков, 2012).

При хората с някакви психологични и поведенчески проблеми (особено при децата) от изключително важно значение се оказва обучението в по-адаптивни социални умения с цел да се подобри качеството им на живот и да се намалят до минимум неблагоприятните ефекти от съответния психологичен проблем. По този начин с развитието на интерперсоналните си умения, хората с някакви психологични проблеми могат да укрепват и разширяват своята социална мрежа, което в даден момент би могло да им послужи за буфер срещу негативните ефекти от житейските събития и стресори (Либерман, Р. П., ДеРизи, У. Дж.; Мюзер, К. Т., 1999).

Изследователите на тази проблематика установяват, че социалните предизвикателства на деца със синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието включват нарушени взаимоотношения с връстниците, неприемливи интеракции, срещане на трудности при поддържане на приятелски връзки, липса на социално адаптиране и подходящо социално поведение (Landau, S., & Moore, L.A. 1991; Pelham, W.E., & Milich, R., 1984; Whalen, C.K. & Henker, B., 1985; Pelham, W. E., & Bender, M., 1984).

Проучвания в тази насока показват, че тези проблеми продължават и в юношеството и дори в зряла възраст и се явяват пречка за социалното адаптиране на индивидите с този синдром (Weiss, G., & Hechtman, L.T., 1986). Редица автори (Landau, S., & Moore, L.A. 1991; Pelham, W.E., & Milich, R., 1984; Whalen, C.K. & Henker, B., 1985; Pelham, W. E., & Bender, M., 1984) смятат, че тези трудности при деца с хиперактивност се концептуализират като дефицити в основните умения, които им пречат да развият съответно подобаващо социално поведение.

Все повече се повдига тезата, че ХАДВ е разстройство дължащо се на дисфункции в ЦНС или в контролните функции на мозъка (Barkley, R.,1997). От това следва, концепцията, че социалните дефицити на индивида с ХАДВ не може да бъде преди всичко резултат от липса на социални умения, а по-скоро липсата на ефективност в надеждно използване на социални умения, които вече са били придобити (Barkley, R.,1997).

Въз основа на този модел, обучението и тренирането на социални умения са станали високо разпространен вид терапия при ХАДВ. Типично социално обучение се получава когато обучението и тренирането в умения се извършва в група. Така обучаваните освен, че наблюдават демонстрациите на терапевта, следят и поведението помежду си. Важен момент в този тип обучение (терапия) е децата да са инструктирани да прилагат придобитите умения в ежедневието си.

Някои авторски колективи отбелязват, че заучаването на различни социални умения, водещо до позитивни резултати при хиперактивните деца, надеждно трябва да се прилага в различни житейски ситуации. За да се постигне тази цел, родители и учители също трябва да бъдат обучени да предизвикват използването на придобитите социални умения и в училище и в дома.

Стратегии и модели на добри практики, и препоръки за работа с деца с ХАДВ

Моделите на добри практики за развитие на социалните умения при хиперактивни деца и ученици включват употребата на различни стратегии и подходи за справяне с основните симптоми на разстройството, както и с други проблеми, с които се сблъскват тези индивиди и семействата им. А ето и някои класически стратегии за потискане и справяне с проблема предложени от различни автори(Thomas E. Brown, Ph. D. ,Weiss, G., & Hechtman, L.T.,1986, Landau, S., & Moore, L.A.1991; Pelham, W.E., & Milich, R., 1984; Whalen, C.K. & Henker, B., 1985; Pelham, W. E., & Bender, M.,1984, Barkley, R.,1997, Манова, 2011, Матанова, 2003, Тричков, 2012, Боянова, В.,М. Станкова, 2005, Моница Г., Лютова – Робертс Е., Чутко Л.,2007, Шевшенко Ю. С.,1997, Левтерова, 2010 и т.н.):

⇒ Информирание на семейството за проблема на детето и даване на разяснения за него, при което родителите могат да предприемат следните мерки за подобряване състоянието на детето:

- да научат какво е ХАДВ, така че по добре да разбират детето си и специфичните му потребности;

- да се научат да ползват наличните ресурси за детето си и за семейството;
- да се научат как да работят заедно с училището на детето, така че да удовлетворят по най-добрия начин потребностите му;
- да се обучат в стратегии, които могат да използват за справяне и подобряване на поведението на детето си в училище и вкъщи.

⇒ Поведенчески тенденции и стратегии за справяне с проблема в детските градини и училищата:

- внасяне на промени в класната стая на детето;
- осигуряване на специални обучителни услуги и програми, които се осъществяват вътре или извън класната стая на детето;
- разработване от училището на специфичен план, който е адресиран към обучителните потребности на конкретното дете;
- обмисляне на възможността за алтернативно обучение, което ще е по добре подготвено да удовлетвори потребностите на детето.

⇒ Обучение в поведенчески или социални умения на детето с цел да подобри взаимоотношенията си с приятелите и членовете на семейството.

Това може да стане чрез:

- отиграване на проблемни ситуации чрез игра на роли;
- въвеждане на тренинг за разрешаване на конфликти по определена методология.

⇒ Обучение в стратегии за организираност и управление на времето с цел да се удовлетворят много от предизвикателствата в училище, пред които са изправени децата с ХАДВ.

Това може да стане като:

- децата се научат да не бъркат часа и различават стрелките на часовника;
- като се научат да разпознават календара и графициите;
- да имат изготвени дневни режими и график, който да спазват;
- графициите да стоят на видно място, за да привличат вниманието, а за по-малките деца могат да се използват картинни графици;
- осигуряване на качествено психологично консултиране или психотерапия на детето с ХАДВ. Целта на психологическото консултиране много често е:
- да повиши самочувствието му;
- да се терапевтират другите психично - здравни проблеми, които детето може да има като допълнение към хиперактивност;

- да се подобрят взаимоотношенията в семейството и училище.

Много е важно да се осигури подкрепа на детето с ХАДВ при извършване на различни дейности - за целта се препоръчва:

- да се дава достатъчно време при прехода от една дейност към друга;
- да се осигури помощ и подкрепа от възрастните за изпълнение на различни дейности и задачи;
- желателно е децата да получават помощ при организация на идеите;
- желателно е да им се напомня често (устно или писмено);
- желателно е децата да получават непосредствено възнаграждение при правилното изпълнение или завършване на дадена дейност или задача.

Съществуват стратегии и начини за привличане на вниманието на детето с ХАДВ - например:

- децата да получават преки инструкции когато са в близост (а не от разстояние);
- да се използва често визуалния контакт;
- добре е да се осигурят материали, които да поддържат вниманието;
- добре е да се опита да се привлече вниманието и да се повиши интереса под формата на игра;
- добре е в задачите свързани с училище да се използва едър шрифт за учебните материали и пособия;
- децата с ХАДВ могат да бъдат провокирани (вниманието им може да бъде провокирано с цветни материали и атрактивни пособия).

Обикновено децата с ХАДВ са с потиснато и лошо настроение. Във връзка с това различни специалисти предлагат следните стратегии за подобряване на настроението:

- фокусиране върху позитивните неща, които прави детето;
- да се измисли постоянен набор от награди, които детето да може да спечели при правилно и добро поведение;
- непременно да се дава често позитивно мнение за детето;
- позитивните коментари да преобладават в пъти повече над негативните;
- желателно е детето да се поощрява в правенето на добри неща;
- да се улавя и хвали в правенето на добри неща.

Специалистите съветват да не се очаква от детето повече от неговите възможности. Това би довело до допълнително напрежение и фрустрация на индивида.

Независимо от типа на стратегиите, които ще се използват за потискане на хиперкинетичното разстройство, основното е че те трябва да бъдат насочени към това децата да се приемат такива каквито са. Особено ценно в това отношение е да могат да споделят неприятните си мисли и чувства, да оценяват моделите на поведение, да овладеят алтернативни начини за справяне с емоции те си и др. (Матанова, 2003). Същата авторка изказва мнение, че поради лесното настъпване на умора на децата с ХАДВ, при работа с тях е необходима почивка на всеки 30–40 минути. Според нея за много от носителите на това нарушение и техните родители е полезно присъединяването към групи за взаимопомощ (макар, че това все още не е така популярно у нас). В такива групи се осъществява и тренинг на родителски умения, в които се овладяват техники за справяне с поведенческите проблеми.

Матанова (2003) смята, че един от най-ефективните начини за моделиране на детското поведение е системата за награди и наказания. Задължително е родителите да идентифицират няколко типа поведения, които биха искали да стимулират.

Макар, че консултирането и/или психотерапията и предложените стратегии могат да се окажат много важна част от терапията, трябва да се има предвид, че няма категорични данни, че те снижават категорично симптомите на синдрома (дефицит невнимание, импулсивност и хиперактивност). Този тип стратегии обаче дават със сигурност качествено различна подкрепа както на децата така и на близките им и правят резултатите от едно медикаментозно лечение (ако е проведено такова) по-трайни във времето.

СЕМЕЙСТВОТО НА ДЕТЕ СЪС СПЕЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ В ОБЩЕСТВОТО

Дора Левтерова

Процесът на социално включване, на интеграция и на приобщаване на децата и учениците със специални потребности, не се рамкира само по отношение на подкрепата, специалното или интегрираното и приобщаващото образование към детето. Независимо дали детето е без или със СОП, не живее изолирано. В този смисъл, не е възможно приобщаване, ако се елиминира фамилната подкрепа, помощ или терапия.

Семейството е микрообществото, от което и в което детето формира първите си модели на социалната си компетентност. Семейството за детето със специални потребности може да бъде грижа, опора и пътя към и за света. За детето със специални потребности, особено при тежки по степен увреждания, семейството може да бъде целия свят. Детето със специални потребности също за отделни членове на семейството може да стане целия свят. В този смисъл, членовете на семейството могат също да се нуждаят от подкрепа, консултиране и дори ръководство на поведението.

Семейството е виталната, жизнено необходима среда за развитието и възпитанието на детето. В този смисъл семейството може да се яви и стресор, но и социална подкрепа. Същевременно, семейството на детето със специални потребности е поставено в специфични условия. Специфични по отношение на отделните видове стрес, които изпитва – емоционален, социален, финансов, образователен и т.н. Много често, обществените нагласи и отношения извеждат социалния статус на семейството не спрямо действителни общовалидни критерии, а спрямо силното влияние на специалните потребности на детето към цялостния социален облик на семейството. Семейството не се перцептира социално като семейство с дете със специални потребности, а като семейство със специални потребности. В контекста на този модел на етиктиране, семейството на детето със СОП се влияе много по-силно от съответните исторически периоди на развитието на образованието и на обществото и от доминиращите стереотипи, стигми и предразсъдъци. Естествено влияние оказват и социалните, икономическите, културните и политически условия и контекст.

В този дискурс могат да се отбележат и няколко типични модела на отношение към семействата, в които има дете с увреждане (респективно със специални потребности).

ПАТОЛОГИЧЕН МОДЕЛ(модел на «липсващото семейство»)

Историческото възникване на този модел е свързано с умствената изостаналост и се свързва с имената на Youngusband (1970), Ryan, Thomas (1981) и др. Същността на модела е свързана със стереотипите и предразсъдъците на обществото. Според модела се приема, че често появата на увреждане при детето или раждането на дете с увреждане трансформира общественото мнение. Семейството започва да се възприема като увредено семейство, а не семейство, в което има дете с увреждане и респективно със специални потребности. Според този модел става ясно, че първо се появява

„клеймо”, „стигма” по отношение на детето - то е с увреждане, и почти по същото време клеймото се пренася, разширява по отношение и на цялото семейство. Близо десетина години по-късно Turnbull & Turnbull (1990) отбелязват, че социума е по-толерантен към семействата с деца с увреждания в по-ранните възрастови етапи на развитие на детето. Според тях фамилната система изисква и представя различна информация. Към нея се включват отделните членове на семейството, тяхната конфигурация и взаимодействия в зависимост от народо-психологически, културни, религиозни и лични стилове и ценности. В зависимост от тези обстоятелства и ситуации, стигмата от детето с увреждане може да се пренесе и по-късно във времето по отношение на семейството. Категорично, обаче поставят като детерминанта за социално приемане на семейството, възрастта на детето с увреждане. Бие могло да се твърди, че подобен стигматизиран или стереотипен пренос най-често има социална експанзия в периода на училищно образование. В този период сравнително най-очевидни започват да стават различията по отношение на образователни постижения и социална компетентност при децата.

ОБЩЕСТВЕНО НЕОБХОДИМ МОДЕЛ

Моделът се появява през 60-те, 70-те години на XX век и акцентира на подкрепата от общността и социалната мрежа от роднини, приятели, близки, съседни и т.н. Спрямо тази сигнификативна помощ, моделът често се определя като дефицитно-потребностен общностен модел. Позитивният фокус на модела, е насочен към връзката между здравето и семейството, формирането на социално приемлив образ на семейството, в което има дете с увреждане /със специални потребности/ и създаване на институции за координация и медиация.

СТРУКТУРНО ОЦЕНЯВАЩ МОДЕЛ

Прилага се за оценяване на родителските перцепции за обгрижването на децата с увреждания /респективно със специални потребности/ и тяхното емоционално благополучие. В този модел се включват определянето на социалните роли и влиянието на околната среда. Оценяват се демографските фактори, параметрите на увреждането, предоставянето на информация, социално-икономическите фактори като семейно функциониране и социална подкрепа, психологическите стресори, копинг стратегиите, родителското емоционалното благополучие.

СТРЕС КОПИНГ МОДЕЛ

Този модел също се появява през 80-те години на XX век и се основава на мултифакторна методология на Byrne, Cunningham (1985), Byrne et al (1985), Selingman, Darling (1989) Quine, Pahl (1985) и др. Според модела, много семейства копират забележително добре живота на семейства, в които няма деца със специални потребности. Пояснение изисква думата „копират“ защото в буквалния контекст е наситена със отрицателен подтекст. Всъщност, приема се, че семействата на детето със специални потребности (майка, баща, сестри и/или братя) могат да имат съвсем ординарен живот и при тях да не се появява по-високо ниво на стрес, отколкото при семейства без членове със специални потребности. Според Burden (1980) емоционални проблеми се създават предимно първите дни след узнаването на диагнозата. На по-късен етап проблемите се провокират от външни фактори и могат да се появят личностови проблеми при самите родители, бедни релации на родителите с детето, да се афектират бедни социални контакти в самото семейство. Копингът, особено емоционално фокусиран е в тясна динамична свързаност и детерминира психическото благополучие в семейството.

Семействата, в които има дете с увреждане са подложени на много повече неблагоприятни и емоционално негативни влияния от социума, отколкото семействата, в които децата нямат здравословни, обучителни или социални проблеми (Wolf, Noh, Fisman, & Speechley, 1989; Bouma & Schweitzer, 1990; Dumas, Wolf, Fisman, & Culligan, 1991; Koegel et al., 1992; Konstantareas, Homatidis, & Plowright, 1992; Rodrigue, Morgan, & Geffken, 1992; Kasari & Sigman, 1997; Sanders & Morgan, 1997).

При семействата, в които има дете с увреждане се очакват и наблюдават бедни социални контакти с общността и обществото, дори в микро и най-близките кръгове. Често наложителните контакти са свързани с риска от емоционални и поведенчески проблеми (Bagenholm & Gillberg, 1991; Fisman, Wolf, Ellison, & Freeman, 2000; Fisman et al., 1996; Gold, 1993; Hastings, 2003; Howlin, 1988; Rodrigue, Geffken, & Morgan, 1993; Roeyers & Mycke, 1995).

Изоляцията от приятели и родственици, смяната на рутинните и емоционалните състояния спрямо отговорностите към детето с увреждане променят изцяло жизненото и социалното функциониране на семейството.

Проблемите на семейството с детето с увреждане са много по-значими и много повече, отколкото останалите хора могат да си представят. Към тези проблеми могат да се отнесат:

Високата цена на ежедневието. Тази цена е по-висока и във финансов и в емоционален план. Във финансов план, от позиция на по-високите разходи за медицински, социални, терапевтични и консултантски услуги и дейности. В емоционален план, от позиция на по-често появяващи се психически неблагоприятия и емоционален дискомфорт, и дори понякога психически разстройства при членовете на семейството.

Родителският стрес. Проблемите в поведението на детето с увреждане силно са свързани с родителския стрес. В свои ранни проучвания Hastings (2002) отбелязва, че майчиния стрес носи по-позитивна свързаност с поведенчески проблеми за децата, а не толкова с адаптивното поведение и с тежестта на демонстрираните симптоми. Докато бащиния стрес, не е свързан толкова с поведенческите проблеми на детето с увреждане, колкото с намиране на конкретните решения на проблемите на детето. Стресът при родителите влияе на личностовото и социално представяне. Така например, Hudson и съавтори (2003) споделят, че за майките на деца с интелектуални увреждания е характерно представянето на по-ниска родителска само-ефикасност и на по-ниска самооценка. Според Hastings & Brown (2002) родителската само-ефикасност влияе на поведенческите проблеми на децата и на психичното здраве на родителите. В по-късни проучвания Hastings, Brown (2003) и Hastings R. P., H. Kovshoff, N. J. Ward, F. degli Espinosa, T. Brown, & B. Remington (2005) не откриват разлики между майчиния и бащиния стрес по отношение на детето с увреждане в семейството. Според Estes A., J. Munson & G. Dawson, E. Koehler, X. Zhou, R. Abbott (2009) поведенческите проблеми на децата асоциират със създаването на родителски стрес и психологически дистрес предимно на майките. Дневните умения не са толкова свързани с родителския стрес и дистрес, колкото влиянието на социалното обкръжение. Очевидно, е налице специфика на проявление на стреса при единия и другия родител. Но тази специфика е детерминирана от много фактори като вид на стреса, възраст на отделния родител, пол, поредност на детето със специални потребности, социалната подкрепа и социалното обкръжение.

В този контекст е необходимо да се различават се няколко степени на проявление на стреса при родители на деца със СОП:

- психологически - свързан с измененията на емоционално-волевата и личностната сфера на родителите;
- соматически- свързан с пренатоварването, който провокира вегетативни и астенически разстройства у родителите;

- социален – свързан с нарушение на съпругески, родителски и екстрасемейни отношения. (Мастюкова Е.М., 2003; Ткачева В.В., 2004; Шипицына Л.М., 2005)

При професионални интеракции със семейство, в което има дете със специални потребности е важно да се имат предвид следните фактори и обстоятелства:

- „Родителският стрес не е свързан с възрастта на детето с увреждане.
- Родителският стрес асоциира с поведенческите проблеми на детето.
- Родителският стрес корелира пряко с външния контрол и външната мотивация.
- Родителският стрес е свързан с удовлетвореността от родителстването.
- Други важни предиктори за родителския стрес са локус контрола и фамилната подкрепа от другите членове на семейството – деца, прародители.
- При външен локус контрол на родителите се затруднява ефективността на използване на социална и фамилна подкрепа” (Hassall, R, Rose, J. & McDonald, J. 2005).

Интересни данни предлага Крюкова Т.Л. (2005) по отношение на възрастта и пола. Според нея във възрастта до 30 години се предпочита копинга, свързан с избягване, в частност със социална отвлеченост. В по-късните възрастови етапи, след 50 г. се отбелязва емоционално оринтирания копинг. Мъжете по-успешно се справят с преодоляване на трудности, но по-трудно се справят със стреса. В същото време жените се справят със житейските трудности във всички сфери без изключение на средно ниво.

Много родители противопоставят интерналните срещу екстерналните проблеми при техните деца със специални потребности, но не бива да се пренебрегва факта, че семействата в които има деца със специални потребности често са в социална изолация и в този смисъл съвсем логично за родителите да приемат по-сериозната тежест на вътрешните проблеми в семейството.

В този смисъл, много актуално и в контекста на и социалното приемане и включване звучат думите на Dekker M.C., Koot H.M., van der Ende J., Verhulst F.C. (2005), че „тези области на проблеми, на поведенчески неволи трябва да бъдат главния фокус на грижите за децата с увреждания”.

Специфичните когниции могат да влияят на копинг стиловете използвани от родителите като отговорност и отговор към стресорите. Външният локус контрол и външната мотивация могат да се използват за прилагане на проблемно- ориентирани копинг стратегии. Стресът при родителите на дете със специални потребности носи

позитивен заряд и оптимистична перспектива, дори и когато се проявяват депресивни състояния при родителите.

Социалното приемане на семейството, в което има дете с увреждане. Много често, силно влияние оказва „ефекта на увреждането”. Поради този ефект независимо, че детето притежава увреждане, цялото семейство носи не само етикета „дете с увреждане”, а разширения с предразсъдъчна натовареност етикет „семейство с увреждане”. Няма никакво социално значение факта, че никой не желае появата на каквото и да било увреждане, особено по отношение на децата. Етикетът изразява социалното приемане или по-често неприемане на семействата с дете с увреждане. Етикетите по отношение на децата с увреждания и техните семейства винаги са наситени с отрицателна конотация. Винаги се реализира неблагоприятна социална позиция за тях. Дори и в социални ситуации, в които е проявена „загриженост със съвети” от непрофесионалисти, независимо че те могат да бъдат съседи, роднини, колеги или познати. При подобни препоръки се внася внушението за различие, за снизходителност, за социална неприемливост и дори за дискриминация. Етикирането е вид социална отговорност, защото този който етиkira носи отговорността за социалната дискредитация, носи отговорността за човешкото отношение, носи отговорността за бъдещето на лицето, което е етикирано (Dane M.D., 1997). Могат да се търсят разлики между етикиране и когнитивна, социална и афективна стигматизация.

Социалната изолация и стигматизиране. Семействата, в които има дете с увреждане се явяват психологически незащитени и се чувстват различни от другите семейства. Семейството се явява носител на определена стигма. В този контекст, Семаго М.М. (1992) отбелязва, че е трудно да се изучават тези семейства, дотолкова, доколкото семействата с дете с увреждане са затворени спрямо външно вмешателство. В процеса на общуване с тези семейства са необходими емпатия, професионално разбиране и просоциално поведение. Членовете на семейството с дете с увреждане се намират в дихотомната ситуация на социална дистанция, свързана със стигматизацията и предразсъдъците. От една страна, поради влиянието на ефекта на увреждането върху фамилените членове, семейството се приема в социума като семейство с увреждане и често попада в обстоятелства на лимитирани социални контакти и изолиране от другите членове на социума. В интереса на детето, в търсене на решения за справяне с неговите проблеми, в заетостта с медицински и социални програми, не остава и достатъчно време за интеракции с други членове на социума, с които рязко се променя

интензивността на комуникации. Много семейства сменят приятелския си кръг и то най-често със семейства, в които също има дете с увреждане от същия вид за да се осъществява семейна подкрепа. От друга страна, семейството, в което има дете с увреждане, често се самоизолира от другите семейства, приятели, родственици.

Причините са няколко:

✓ Често семейството не знае, как да полага грижи за детето с увреждане, не знае как да общува с него. Често се налага овладяването на алтернативни методи за комуникация или на специфични медицински процедури. Поради тази неовладяност или липса на когниции не се поддържат ефективни социални релации.

✓ Често семейството се срамува да говори за детето с увреждане, да покаже детето с увреждане, да сподели проблемите на детето с увреждане. Наблюдава се силния ефект на самостигматизиране на семейството, в което има дете с увреждане. „Самостигматизирането е приемане на статуквото, а това обстоятелство завоалира конфликтите в предразсъдъчните междугрупови отношения” (Градев Д., 2010)

В зависимост от тежестта на увреждането, много семейства прекарват свободното си време в копинг или обмисляне на стратегии на справяне с проблемите на детето с увреждане и олекотяване на живота на семейството. Социалното приемане, стойността – емоционална и монетарна, изолацията от другите, лимитите на приятелството, медицинските терапии и социални услуги за детето с увреждане извеждат нови семейни интеракции и нов социален статус. Новите, променените социални позиции са неблагоприятни и с проява на болезнена социална дистанция между тях и обществото.

Няма случай, при който появата на увреждане при детето в семейството, да не е свързан с криза и да не нарушава социалната адаптация. Но процесът на адаптация, на справяне с тези видове стрес, които се появяват зависят от спецификите на семейните и лични ресурси, в зависимост от специалните потребности на детето.

Изисквания към специалистите, които работят с детето със специални потребности. Според Swann (1984, 1987), хората са мотивирани да поддържат съответстващи представи за самите себе си т.е. да се реализира процес на самоверификация. Този процес се активира в социални ситуации на появили се съмнения в адекватността на тези представи за субективно значими аспекти на собствения образ. Самоверификацията може да се демонстрира в различни варианти:

- избирателно отношение към потвърждаваща информация;

- избирателно отношение с хората, потвърждаващи адекватността на «Аз – концепцията»;

- поведение, насочено към потвърждаване или отхвърляне на адекватността на «Аз- концепцията»;

- обратна връзка с другите хора.

При невъзможност, информацията за неадекватност на «Аз-концепцията» да се опровергае, се реализира постепенно нейно уточняване, постигнато за сметка на постоянна корекция на поведението във взаимоотношенията с другите хора.

Потребността от самоверификация е обусловена от необходимостта да се обезпечи адекватност във взаимоотношенията с обкръжаващите хора, а също и развитие на представите за самите себе си. При тази базисна позиция, изискванията към специалистите, които работят с детето със специални потребности, освен с перспективите на родителите са свързани и с опитността, квалификацията и персоналната харизматичност и компетентност на специалистите.

Така например, Praisner (2003) споделя, че могат да се открият нагласи срещу бъдеща работа с деца със специални потребности вследствие на предишен опит, независимо от това дали е позитивен или негативен.

Родителите на децата със специални потребности изискват и имат претенции за притежаваните умения от страна на педагози, психолози и образователни мениджъри за ръководство на грижата за децата и посрещане на специалните потребности на децата (Odom, 2000). Родителите на деца със специални потребности поставят условия за ръководство на тях самите като барометър за съмненията и колебанията им и за провеждани тренинги като благотворни модели за перспективата на детето (Fleming, 1992). Опитността поражда увереност в съответната дейност, в случая и в дейностите с децата със специални потребности. Тази опитност е от значение да се предаде на родителите на детето със специални потребности. В повечето случаи, и родителите, и специалистите са мотивирани да работят с децата, но липсата на увереност, знания и опитност често ги обезкуражава.

Значението на видовете тренинги и тяхната продължителност, опита, който имат практикуващите в областта на уврежданията в детска възраст е по посока на извеждане на позитивност и доверие относно интегрирането (Stoiber et al., 1998; Miller & Cordova, 2002).

Дейности със семейството, в което има дете с увреждане. Едни от важните аспекти на работа със семействата на детето с увреждане е провеждането на тренинги

за повишаване на мотивацията на родителите и на членовете на семейството. По този начин се повишава и увереността, и патологичните модели на родителстване на деца с увреждане няма да се появят или ще се елиминират.

За професионалистите, които имат по-висока опитност и увереност, съответно се повишава и мотивацията. Вътрешната мотивация се повишава със знанията, опита и разбира се, с позитивните емоционално-афективните компоненти на дейността. Това психологическо правило е необходимо да се прилага и във всяка една от дейностите, със семействата на децата с увреждания. От изключително значение е не само да се обяснява, а да се помогне. Да се търсят трудностите и да се преодоляват.

Законодателство. То е насочено предимно към хората с увреждания и по-лимитирано към децата със специални потребности. Същевременно законодателството за хора с увреждания е в много общ план - прецизират се уврежданията по степен на инвалидността и възможността за социално подпомагане, но диференцирането по степен поражда много въпросителни за социалната интеграция, независимо, че тя е улесняваща за социалното подпомагане и предимно за социалните помощи /финансови помощи, стипендии, месечни добавки за деца – действително, те са сравнително малки по размер и покриват минимални разходи, но реално често са единствените помощи, които получава семейството от страна на държавата/

Условия за образование на децата със СОП – проблематиката опира до масовостта на интегрираното образование и специфицираната, но обобщена дейност, която извършват. Например, логопедите да работят и с деца със слухови увреди, като слухови рехабилитатори.

Разпределението един - ресурсен учител да работи в няколко учебни заведения може би е по-рентабилно, може би е по-удобно и за ресурсния учител, и за организацията на интегрираното образование, но в никакъв случай не е целесъобразно относно развитието на детето и специално-педагогическата работа и специално-психологическата работа.

Очаква се разработването на Стандартите за приобщаващо образование към Закона за предучилищно и училищно образование, които да елиминират съществуващите проблеми.

Повишаването на мотивация на професионалистите и на родителите на децата със СОП може да се реализира чрез родителски обсъждания и родителски групи. Включването на общността се явява не само подкрепа и път за социална интеграция и приобщаващо образование на детето със СОП, но и за цялото му семейство. Ако към

децата с увреждане се демонстрира емпатийно и просоциално отношение, провокирано от възрастта и психологическия ефект на социална перцепция към децата, то възрастните и другите членове на семейството остават игнорирани, пренебрегнати и сякаш носители на стереотипното мислене и приемане на семейства /брат ,сестра, майка, баща/ на детето с увреждане. Един от важните фактори за успешната работа е емпатията – умението да се застава на чуждата гледна точка. Приемането на строго академичен алгоритъм за дейностите не е удачна политика, защото всеки случай е различен и различен по своему. Всеки отделен случай изисква по своему помощ и подкрепа или съпротивяващ се към подкрепа и помощ, изискващ друг тип отношение.

Според изследвания на Ендлер Н., Паркер Д. (1990) и Крюкова Т.Л. (2005) във всички сфери на осъзнаване на семейните трудности преобладава проблемно-ориентирания копинг в сравнение с емоционално- ориентирания копинг, и в сравнение с копинга на избягването. При съпрузи със сходни ценностни ориентации се отбелязва тенденция за избор на сходни копинг стратегии с проблемно-ориентиран копинг.

„Запазването на мълчание“ за проблеми в семейството в което има дете със СОП не е решение на проблемите във фамилния контекст. Семействата с дете с увреждане имат:

- по-ниско ниво на психическо и социално благополучие,
- по-високи нива на стрес,
- проблеми с медицинските и образователни институции,

свързани с проблема на детето им” (Nachshen J. S., N. Garcin, C.Pscyh, & P. Minnes; 2005). Тихото и безропотно приемане на стереотипа, че семействата, в които има дете със специални образователни потребности не желаят, не намират време за социална и психологическа подкрепа и консултиране, означава не деликатност и финно социално поведение към родителите, а стигматизиране на проблемите и патологичния модел на семейството с дете със специални потребности.

В заключение, фокусът на професионално ръководство на психо-образователни програми и социална подкрепа за семействата, в които има дете със специални потребности окуражава проблемно-фокусираните копинг стратегии. Но не бива да се пренебрегват емоционално-фокусираните копинг стратегии, защото те детерминират психично здраве и благополучие на родителите.

БАРИЕРИ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНО-ФАМИЛНИ ИНТЕРАКЦИИ

Според Heward и Orlansky (1992), професионално-фамилните интеракции са изправени пред следните бариери:

⇒ *Родителите и членовете на семейството се приемат като уязвими и беззащитни.* Това е една от големите грешки от страна на специалистите. Членовете на семействата могат да бъдат объркани, да са в процес на съобразяване или на търсене на решение, но не са безпомощни. Техните цели са ясни и категорично поставяни. С разбиране, познание или интуитивно те оценяват дейността и отношението на специалиста. Могат да му се доверят, но при подобен модел на отношение се преструктурират нагласи и се отказват от съответния терапевт или от съответния център/училище.

⇒ *Членовете на семейството се приемат като пациенти.* В определени ситуации е възможно те да реализират хиперактивно или депресивно поведение, но тези поведенчески модели са по-скоро емоционални реакции в определена фаза към детето със специални потребности или ответна реакция към дадена обстановка и обстоятелства.

⇒ *Родителите и членовете на семейството се приемат като отговорни за възникналите специалните потребности на детето.* Много често се внасят се дори обвиняващи аспекти.

⇒ *Етиктиране на родителите.* Етикетите имат и позитивни, и негативни аспекти към детето със специални потребности. Позитивните са изведени единствено и само към процеса на терапевтична дейност. А етиктирането на родителите е категоричното представяне само на негативните, които естествено се явяват преграда за ефективно образование и терапия.

⇒ *Родителите се приемат като неприятели.* Особено в случаите в които няма резултативност от специално-педагогическата или специално-психологическата дейност или в случаите, в които родителите агресивно се вмесват в специализираната дейност. Родителите не са врагове. Даже когато внасят неяснота във взаимоотношенията, или вербални нападки, или погрешни оценки и интерпретации те мислят за добрата перспектива за детето.

Спрямо тези бариери могат да се изведат някои основни правила за работа с родителите на деца и ученици със СОП:

✓ Да не се афишира, че се знае повече от родителите за децата, техните нужди и начините и технологиите, чрез които се решават потребностите.

✓ Да не се обобщават пред родителите апотеози за собствените професионални успехи.

✓ Да не се изисква от родителите да овладеят професионалните знания и същевременно да не се осъждат при демонстриран интерес към технологията на работа.

✓ Да се помогне на родителите за реален оптимизъм, спрямо действителното състояние на детето.

✓ При хипотетични диагнози или при диагноза в процеса на терапевтична дейност да не се споделят категорични становища. Безспорно интереса и загрижеността на родителите трябва да бъдат удовлетворени, по-удачно е да се сподели процеса на установяване на състоянието, с възможните алтернативи.

✓ Да се планира всеки ден съобразно състоянието и постиженията на детето.

✓ Да се стартира с някои от родителите, на доброволни начала съвместно участие в учебните програми. Могат да се комплектоват материали,

✓ да се прави дизайн на инструкциите към децата и/или към другите родители,

✓ да се организират родителски конференции и семинари и т.н.

✓ Да не се страхува специалиста да казва: “Аз не зная”, “Аз не съм сигурен”, “Ще проверя или ще проуча допълнително този проблем”.

✓ Приемане без “предразсъдъци”. Обезпечава се пълна отговорност към децата, придружена с насърчаването към свободно изразяване на състояние и отношение. Приемане на детето в действителното му състояние и характеристики. Приемане на детето, такова каквото е. Без да има осъждане или обвиняване.

✓ Предоставяне на по-големи възможности за инициативи от детето, за да представя проблемите си както и когато пожелае. Елиминирането на директните изисквания за споделяне на проблеми е по-результативно от преките изисквания и настоявания.

✓ Разбиране на детето, на проблемните ситуации и значението, което те имат за и към детето, членовете на семейството и специалистите.

✓ Предоставяне на по-големи възможности за инициативи от детето, за да представя проблемите си както и когато пожелае. Елиминирането на директните изисквания за споделяне на проблеми е по-результативно от преките изисквания и настоявания.

✓ Разбиране на детето, на проблемните ситуации и значението, което те имат за и към детето, членовете на семейството и специалистите.

✓ Обезпечаване на позиция на обективност. Да се проследява през цялото време на специалното обучение и/или терапевтичния процес на това, което се “случва” между детето и семейството му. Без да се афишира познанието, ако не е споделена информация, без да се осъществяват груби намеси във взаимоотношенията и без да се спекулира или манипулира с информацията.

✓ Да се познават членовете на семействата и да се знае как да се подава информация към всеки член на семейството. Да се разбира какво желаят родителите и какви връзки на отношения трябва да се изградят.

АСИСТИРАЩИ ТЕХНОЛОГИИ

Дора Левтерова

Образователното и социалното включване на децата и учениците със СОП поставя изисквания за модернизация към педагогическите стратегии, методи и технологии. Към тези изисквания се отнася проектирането, създаването и апликацията на **асистиращи технологии от среден и висш клас**, подпомагат детето със СОП в ежедневно му житейско и образователно функциониране. Като нисък клас се определят помощните средства, като среден клас - адаптивните устройства и като висок клас – софтуерните продукти с когнитивни апликации за персонален компютър и мобилни устройства.

Понятието „асистиращи технологии” може да не фигурира в този си формат в индивидуалната програма. Вместо него може да се отбележат „пристигане, придвижване, подкрепа, специфични съоръжения, достъпна архитектурна среда, специализиран хардуер и софтуер и т.н.”

Асистиращите технологии могат да се таксономизират на:

- **помощни технологии**, улесняващи извършването на ежедневни дейности като нвалидни колички, бастуни, ножици и химикали за поддържане и/или за лява ръка, адаптирани моливи, слухови апарати, лупи, средства за лична хигиена и придвижване и др.

- **адаптивни технологии** подпомагачи получаването на информация или мобилността като: екранни четци, ръчно управление на различни машини, които традиционно се управляват с крак, протези и ортези, алармени устройства, устройства за проследяване, брайлов дисплей, брайлова клавиатура и др.

- **когнитивни асистиращи технологии** за ученици със СОП, които подпомагат получаването на информация и подпомагат когнитивното развитие като мобилни устройства със специално създадени приложения, електронни книги, софтуер за гласово разпознаване, за четене, за грамотност, за контрол на флуентността на речта, за формиране на когнитивни схеми, алтернативни комуникационни устройства и др.

При структуриране на индивидуалната програма, екипът е необходимо да дискутира с родителите:

- Какви асистиращи технологии могат да помогнат на детето и кои от тях са достъпни за семейството и за учебната организация?

- Какви са изискванията за асистиращи технологии за физиологични потребности, за мобилност, за четене, за писане, за двигателна активност в часовете по физическо възпитание и спорт, за игрови ситуации, за ползване на библиотеката, за класната стая и т.н.?

- Колко дълго ще се използват - 6 месеца, 1 година, три години, постоянно?

- Кога ще се ползват – през целия ден, през междучасията?

- Къде ще се ползват – в класната стая, в дома, в транспорта, навсякъде?

- Кой ще помага на детето при ползване на асистиращи технологии – учители, членове на семейството, доброволци и т.н.?

Понякога се наблюдават ситуации /макар и рядко/ учебното заведение да предложи вид или модел на асистиращи технологии, или да притежава единствени възможности само за определен модел. В аналогични ситуации се отбелязва нежелание или неодобрение от страна на родителите на семейството за ползване на асистиращи технологии. При явно несъгласие на родителите по отношение на асистиращите технологии, родителите имат право да се откажат да ги ползват. Особено в случаи на:

✓ несъгласие с предложената индивидуална програма,

✓ несъгласие или неувереност за вида или надеждността на асистиращите технологии,

✓ неуточненост на вида, целесъобразността или цената на асистиращия продукт.

Не бива да се забравя, че родителите са най-ефективните адвокати на детето си.

Проблематиката е особено актуална предвид концептуалната идея на МОН за обезпечаване на образователния процес на всеки ученик с таблет, но от друга страна и към настоящия момент почти всеки ученик разполага с мобилен телефон.

В този план Е-обучението и М-обучението са връзката между формалното и неформалното обучение. „Е-обучението, най-общо, може да се определи като

съдържание, създадено за достъп до електронните съобщения, като например интернет, интранет, многоцелеви цифрови дискове, и синхронни и асинхронни модули. М-обучение носи идеята за електронно обучение с една крачка напред, като адаптира неговото съдържание към мобилни устройства като айпод (цифров аудио и съхранение на устройства), персонални цифрови помощници, и смартфони. Основната цел на М-обучението е да предостави на учащия се възможности да учи навсякъде и по всяко време“ Crescente, Mary Louise; Lee, Doris (2011).

Мобилните и интернет приложенията /МИП/, свързани с учебния и с терапевтичния процес могат да се структурират в три основни позиции: образователни, социални и развлекателни, като всяка позиция може да се прилага в различни възрастови групи и при различни проявления на СОП.

Докато интернет приложенията намират вече ефективно приложение в учебната среда /макар и частично/, то мобилните приложения са в начална фаза на включване в образователния и в терапевтичния процес. МИП в образователна и терапевтична среда при СОП осигуряват възможност за постепенно ускоряване на бързината на обработка на сигналите, самостоятелен контрол и навигация на изпълняваната дейност, включително избор на съответен вход за команди и контрол; вземане на решения за изпълнения и автономна оценка за собствените постижения.

В различните компютърни и мобилни операционни системи са включени приложения:

- свързани с **развитие на когнитивни умения** като Train Your Brain /като неврогимнастика за внимание, памет, визуална перцепция, подобряване скоростта на невропсихологическо процесирание, умствена флексабилност/, Lumosity /трениране на **памет и внимание**/, NeuroNations's /мозъчни игри, свързани с **планиране и изпълнителски функции**/, Brain Trainer и др.

- свързани с **кодиране, декодиране и преработка на информация с различен стимулен материал**: БГ азбука; БГ думи; Букви, цифри, цветове; Детски песнички; Животни за деца; Животните звук и речник; Лесно четене; Математика – игри за деца; Математика за деца; Музикални инструменти; Приказките и книгите; Приказки и песнички; Учат и играят; Animal sounds; AutoMath; Math tricks; How to draw; както и много образователните игри.

- **QR код, Barcoo** и други, които могат да се ползват с учебно-игрови модел на презентация, и са в инициална схема на включване в образователни и терапевтични програми.

За използването на мобилните и интернет приложенията в образователни и в терапевтични програми за ученици със СОП могат да се отбележат позитивни и лимитирани страни.

Позитивни аспекти

Моторното и когнитивното развитие при ученици със СОП, при ползване на МИП е по-резултативен процес, поради по-високото ниво на мотивация /предимно игрова/, фокусираност на вниманието и удовлетвореност от финалния резултат. Проектирането и създаването на МИП за развитие и стимулации позволява осъществяването на гласов и/или тактилен и проприоцептивен контрол, установяване на емоционални състояния и социални релации, регистриране на отделни обекти, факти и съдържание, както в статичен, така и в движещ се план. Сравнително по-лесно може да се реализира адаптивно обучение, като информационното и учебното съдържание могат да се дозират и избират съобразно потенциала и потребностите на учениците със СОП. МИП за обучение, игри и симулации предполагат и позволяват технологичните интервенции да се осъществяват с желание от страна на учениците със СОП, да се извършват по всяко време и да допринесат за повишаване на когнитивните и социалните умения. МИП с когнитивен характер е необходимо да бъдат достъпни, адаптивни и използвани, както от учениците със СОП, така и от фамилията и професионалния контекст.

Ако мобилните и интернет приложенията ангажират вниманието и интереса на учениците със СОП, то процесът на обучение неусетно се трансформира в желан процес на игра и забавление. Създават се предпоставки за усъвършенстване на праксиса и координационните умения/на нива: пръстов праксис – изолирано и симултантно, визуално-моторно, аудиологично-визуално и аудиологично-моторно локализиране, дискриминация, прекодиране и синхронизиране на съответните стимули, развиват се пространствените способности, формират се двигателни, комуникативни и социални умения. „Използването на виртуална среда, като образователни игри предоставя потенциал за потребителите да участват на равни начала независимо от академичните постижения и от уврежданията. Досегашните изследвания показват, че при учениците, които постоянно играят компютърни игри се наблюдава ускорено време за реакция, подобрява се координацията око-ръка и се повишава самочувствието на играчите" (Lawrence, 1986). Подобни резултати от свои изследвания споделят Ke (2008), Tüzün et al (2009), Okolo (1992). Използването на образователни игри и програми в МИП създава времева рамка за ученика със СОП и развива креативни умения чрез изискванията за

търсене на нови стратегии. Чрез по-ярките стимули в МИП /спрямо стимули на хартиен носител/ се подобрява функционалната и дигиталната грамотност на учениците с НСУ.

МИП помагат за подобряване на постиженията и за повишаване на мотивацията на лица със СОП (Blechman et al, 1986; Okolo, 1992). Трансферът на знания се максимизира, като повторенията не се приемат за отегчителни и досадни, а се изпълняват с интерес. Повишава се и целенасочеността на поведението, тъй като играта се играе до успешен край. Възможностите за многократни изпълнения съдействат не само за преодоляване на проблеми с памет, внимание, мислене, изпълнителски функции, но и предоставят възможности за ефективна интеграция на основни когнитивни в динамична среда. В този аспект, изключително важна е подкрепата от страна на родители и специалисти, учениците със СОП да се отказват от играта, от познанието, от информацията.

МИП съдействат за развитие на комуникативни и социални умения, например сътрудничество и коопериране (Bailey, 2006). Също така, МИП подпомагат социални умения като вземане на решения, управление на конфликти, работа в екип. Видеоигрите са използвани, за подпомагане на развитието на социални умения при деца и юноши, които имат тежки когнитивни увреждания и проблеми в развитието (Gaylord-Ross, 1984; Sedlak 1992).

Учениците със СОП често играят виртуални игри сами и се определят като „самотни“ играчи, при които мотивацията постоянно се повишава с овладяването на все по-сложни игри. Образователните компютърни и мобилни игри, провокират „огромно психическо напрежение в нещо като вечен двигател за когнитивна гимнастика“. По-значителните резултати на „самотния“ компютърен играч водят до увеличаване на познавателната компетентност (Rieber, 2005; Ivanova, 2014).

В заключение на анализа на позитивните страни на интернет и мобилните приложения е от значение факта, че те не сменят и не заместват обучението, а само го подпомагат и допълват.

Лимитирани аспекти

МИП като висок клас асистиращи технологии имат и предизвикателно - лимитирани характеристики. Използването на МИП изисква формирането на нови компетенции от страна на родителите и специалистите, създаването на нови образователни и терапевтични програми, осигуряване на необходимата техника. Проблематични аспекти са също така и:

✓ липсата на философия, научни теории и парадигми за използването на МИП в образователни и терапевтични програми. Тази научно-приложна ниша позволява не само съществуването на МИП, проектирани от неспециалисти в областта на работа с ученици със СОП, но и избор на неправилни стратегии от страна на родители и неспециалисти за работа с ученици със СОП, като например следването на съществуващата заблуда, че СОП са вид училищни затруднения;

✓ липса на дидактически и терапевтични стандарти, което позволява хаотичност в конструирането и използването на МИП за ученици със СОП;

✓ включеността на МИП в индивидуалните образователни програми и в учебното и терапевтичното съдържание за ученици със СОП;

✓ несъобразеност с народо-психологични модели и културални особености и глобализирането на съдържанието в МИП;

✓ наличие на неподходящ или неудачен дизайн, който е прекалено абстрактен в някои приложения или е с прекалено конвенционални и дори скучни изображения или пък е несъобразен с възрастови особености;

✓ просрочване на допустими времеви изпълнения от страна на учениците със СОП и пристрастяване към МИП;

✓ свръх-сензитивност към отделни стимули, движения на герои, отделни МИП от страна на ученици със СОП;

✓ екстремна отговорност към промяна на обекти, факти и модели в различни видове МИП без възможност за реализиране на креативни подходи от страна на учениците със СОП;

✓ минимизиране на реалната комуникация на учениците със СОП;

✓ необходимостта от адаптиране на учениците със СОП към МИП;

✓ трудност или невъзможност научените данни, факти и умения да се трансферират в реална среда;

✓ технологична, фактическа и финансова достъпност и използване на МИП в различен средови, географски и възрастов контекст;

✓ невъзможност или трудност за установяване на динамика на получените резултати от използването на МИП, с което се затрудняват формалното и неформалното измерване и оценяване на постиженията на учениците със СОП;

✓ осигуряване на свързаност по едно и също удобно време за учениците със СОП и специалистите, работещи с тях;

✓ спонтанност и ситуативност на употребата на МИП и др.

Включването на МИП в образователните и терапевтичните практики засега е преимуществено алтернативно и/или допълващо основните образователни и терапевтични практики.

Специалистите като експерти в своите специфични области често не притежават необходимите знания и умения за включване на МИП в учебните си пространства и в педагогическата си практика. Този дефицит се дължи на липсата на подготовка и обучение за избяване на учебното съдържание от еднообразието, чрез включването на учебни практики с МИП. Необходимо е технологичната грамотност, от една страна и педагогическите и терапевтичните стратегии, от друга страна, да намерят пресечна точка в съдържанието на областта на преподаване и да се съобразят със сложния характер на учебния процес, обществени очаквания и практики, както и с готовността на учениците да влязат в "реалния свят" Robinson. & Reinhart (2014).

Динамиката на развитие на обществото и технологиите изисква и промени в образованието на учениците с СОП чрез въвеждане в образователните програми на най-актуални технологични продукти. Към тях могат да се отнесат мобилните приложения, с които педагози и психолози, работещи с ученици със СОП и родителите получават и нова социална роля, а именно - и на своеобразни консултанти в учебния процес.

Съобразно тези положителни страни и ограничения, мобилните приложения могат да имат само много ефективна, но подкрепяща роля в образователните и терапевтичните интервенции при учениците с обучителни трудности.

Стратегии за приобщаващата класна стая

Успехът на учениците със СОП се обезпечава в по-висока степен когато се използват асистирани технологии от различен клас като компютри, калкулатори, химикали, ножици, дори когато не е необходимо,

Асистирани технологии могат да се ползват в приобщаващата класна стая в следните области:

- за обучение и учене;
- за работа с работна среда на компютър и мобилни устройства;
- за създаване на писмени и творчески материали;
- за улесняване на комуникацията и за формиране на комуникативни умения;
- за овладяване и усъвършенстване на четенето;
- за овладяване на математическите знания и усъвършенстване на действията с математически операции;

- за формиране на мобилност;
- за развитие на зрителен, слухов и тактилен гнозис;

Стратегии за учителите в приобщаващата класна стая

- използвайте асистиращи технологии;
- представете специфичните технологии на целия клас;
- обяснете защо са необходими асистиращи на ученика със СОП;
- разяснете как всички ученици да пазят и съхраняват технологията;
- включете асистиращите технологии в ежедневните уроци.
- при необходимост, поискайте помощ и разяснения за начин на употреба, поддържане и опазване на асистиращите технологии.
- включете начин и модел на използване на асистиращи технологии в индивидуалната програма.
- работете заедно с ресурсния учител, родителите и други близки на ученика със СОП лица.

Включването на помощните средства и асистиращите технологии в образователни и терапевтични интервенции при ученици със СОП засега няма убедителни преимущества или недостатъци, но няма и разработени концептуални научни основи. По-често се дискутират предимства и лимити, но са допустими и неизучени ползи и вреди - икономически, здравословни, невропсихологически, невропедагогически, психологически, педагогически и др. Създаването на подкрепяща учебна среда чрез помощни средства и асистиращи технологии, и чрез виртуалната мобилна среда за учениците със СОП е предизвикателство и за науката и за практиката.

ОБЩИ ПРАВИЛА ПРИ ОБЩУВАНЕ С ДЕЦА С УВРЕЖДАНЯ

Жана Атанасова

Питайте, преди да помогнете!

Не е задължително детето непременно да се нуждае от помощ. Ако има нужда от такава, то ще ви каже. Самото дете с увреждане е най-добрият ви съветник – дайте му възможност да ви обясни дали се нуждае от нещо и от какво точно.

Говорете директно на детето.

Дори ако детето с увреждане ползва асистент, преводач или куче водач, винаги се обръщайте директно към него, а не към придружаващия го.

Например, не питайте асистента “Той/тя иска ли да излезе в междучасие?”. Питайте детето.

Всеки е индивид.

Няма универсална стратегия или техника за работа с всички деца с увреждания. Ако за едно дете със зрително увреждане е необходима печатна информация в алтернативен формат, то при друго със същото увреждане решението може да е друго.

Не правете предположения.

Децата с увреждания са най-добрите познавачи на собствените си умения, на това какво могат и какво не могат да правят. Не вземайте решение вместо тях за участието им в една или друга дейност, само защото те са различни.

Отнасяйте се с децата с увреждания като с равни, защото те са такива.

Не е нужно да демонстрирате съжаление или удивление, когато видите дете с увреждане.

Не задавайте въпроси за увреждането или за неговата причина.

Ако детето с увреждане пожелае, сам ще ви разкаже, и без да го питате. По-добре е да обсъдите значимите за вас въпроси, които са свързани с увреждането, с родителите му.

Ако искате да направите повече – винаги, когато ви се отдаде случай, разпространявайте разбирането за децата с увреждания като за равни.

Това е подходящ начин да подобрите отношението към тях от страна на родителите на децата без увреждания в училище, вашите колеги, както и децата в класа на детето с увреждане.

Не забравяйте, че училището и детската градина, освен знания, изгражда и умения за общуване между децата с и без увреждания.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- 1. Боянова, В., М. Станкова(2005).** Хиперактивност и дефицит на вниманието. Издателство ФСК.
- 2. Закон за предучилищното и училищното образование** Обн., ДВ, бр. 79 от 13.10.2015 г., в сила от 1.08.2016 г.
- 3. Крюкова, Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. (2005)** Психология семьи: Жизненные трудности и совладение с ними. Изд. Речь.
- 4. Левтерова, Д.(2001).**Социална перцепция при сензорни нарушения, сп."Специална педагогика", 2001, март
- 5. Левтерова, Д. (2005, 2009).**Консултиране при обучителни трудности. УИ „Паисий Хилендарски“.
- 6. Левтерова, Д.(2008).** Интегрирано образование. УИ „Паисий Хилендарски“.
- 7. Левтерова, Д. (2009).** Идентичност на хората с увреждания. УИ „Паисий Хилендарски“.
- 8. Левтерова, Д. (2009).** Интеграция на хората с увреждания. УИ „Паисий Хилендарски“.
- 9.Левтерова, Д. (2015).**Лидерство на приобщаващия учител в позитивното образование. Международна конференция ”Лидерство за равен достъп и качествено образование”. Мловдив.
- 10. Левтерова, Д. (2014).** Мобилни и интернет приложения при нарушения на способността за учене. Научна конференция с международно участие „Логопед“, НБУ, София.
- 11. Наредба № 1** от 23.01.2009 г. за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания. Обн. - ДВ, бр. 11 от 10.02.2009 г.; изм. и доп., бр. 59 от 04.08.2015 г.,
- 12. Левтерова, Д., Атанасова Ж., Тричков И. (2016).** Стратегии и методи на работа с деца и ученици със СОП. УИ „Паисий Хилендарски“.
- 13. Либерман, Р. П., ДеРизи, У. Дж.; Мюзер, К. Т. (1999).** Трениране в социални умения за психиатрични пациенти – Българска психиатрична асоциация.
- 14. Мавлов, Л.(2001).** Фундаментална неврология С.
- 15. Манова, М. (2011).** Хиперактивното дете. Университетско издателство „Св. Климент Охридски” 2011 г. ISBN 978-954-07-3202-2.

16. **Мастюкова, Е.М.,Московкина А.Г. (2003)** Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС.
17. **Матанова, В. (2003).** Психология на аномалното развитие, С.
18. **МКБ-10, глава V;** Психични и поведенчески разстройства; Българска психиатрична асоциация; София, 2003.
19. **Младенов, Т. (2009).** Принципи на приобщаването. – В: Какво можем да научим за приобщаването от британския опит. С., 2009.
20. **Монина Г., Лютова – Робертс Е., Чутко Л. (2007).** Гиперактивнѐе дети – психолого - педагогическая помощь.
21. **Наредба № 1 за обучението на деца и ученици със специални образователни потребности и/или с хронични заболявания. МОН, С., 2009.**
22. **Национална програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка (2006–2015).**
23. **Попкочев, Т. (2009).** Сътрудничество семейство – училище и качество на образованието. – В: Сътрудничество за качествено образование, Враца.
24. **Радулов, В.(1996).** Децата със специфични педагогически нужди в училището и обществото, Бс.
25. **Стънбърг, Дж. Р., Мио, Д.(2012).** Когнитивна психология – изд. Изток-запад, ISBN 978-619-152-014-5
26. **Терзиева, Св. (2009).** Сътрудничеството между родителите и училището – основа за успеха на образователно-възпитателния процес в началното училище. – В: Сътрудничество за качествено образование. Враца, 2009.
27. **Ткачева, В. В.(2004)** Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии М.: УМК «Психология».
28. **Тричков, Ив. (2012).** Развитие на социалните умения при синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието. Списание Специална Педагогика – София, юни 2012 ISSN 1310-7003
29. **Тричков, Ив. (2012).** Терапевтични стратегии и подходи повишаващи шанса за социализация на деца със синдром на хиперактивност с дефицит на вниманието. В: Социално благополучие, приобщаващо образование и социална интеграция – съвременни аспекти на качеството на образованието - университетско издателство „Паисий Хилендарски”, ISBN978-954-423758-5

30. Шевченко, Ю.С.(1997).Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психонатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей и психологов. М..
31. Шипицына, Л. М.(2005)Необучаемый ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. 2-е изд. перераб. и дополн. СПб. Речь.
32. Янина, А. (2006). Аз мога да го направя. С.
33. Янкова, Ж., А. Янина. (2010). Помощни средства и технологии за деца със специални образователни потребности. Специална педагогика, 2.
34. Янкова, Ж. (2011). Подкрепящата среда в обучението на деца и ученици със специални образователни потребности. Специална педагогика, 3.
35. Янкова, Ж., К. Дамянов. (2013). Ресурсно подпомагане на семейството и училищното приобщаване. Електронно списание, 2, ТРУ-ДИПКУ.
36. Bailey, C., Pearson, E., Gkatzidou, S. & Green, S. (2006). Using Video Games to Develop Social, Collaborative and Communication Skills. In Proceedings of World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia and Telecommunications. 1154-1161. Chesapeake, VA: AACE.
37. Barkley, R. (1997).ADHD and the Nature of Self-Control. New York: Guilford Press.
38. Blechman, E. A., Rabin, C., & McEnroe, M. J. (1986). Family communication and problem solving withboardgames and computer games. In: Schaefer & Reid (Eds.), Game play: Therapeutic useof childhood games.129–145. NY: John Wiley & Sons.
39. Birchenall M., Baldwin S., Morris J. Learning disability and the social context of caring, Churchill Livingstone, 1997
40. Bouma, R., & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. Journal of Clinical-Psychology, 46, 722-730.Burden.
41. Brunet, L. (1983). Special education.
42. Brown,Т. Е. (2006). Attention Deficit Disorder. ISBN: 978-0-300-989-3
43. Crescente, Mary Louise; Lee, Doris (March 2011). Critical issues of m-learning: design models, adoption processes, and future trends. Journal of the Chinese Institute of Industrial Engineers 28 (2), 111–123. [doi:10.1080/10170669.2010.548856](https://doi.org/10.1080/10170669.2010.548856).
44. Cornwall, J. (1997). Access to learning for pupis with disabilities.

- 45. Dekker M.C., Koot H.M. & van der Ende J., Verhulst F.C.(2002)** Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 43:1087-1098.
- 46. Deiner, P.** (1993). Resources for teaching children with diverse abilities, Orlando.
- 47. DSM-IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth). American Psychiatric i, 1994.
- 48. Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1993)**, The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues* and measurement // Van Heck, P.Bonaiuto, Deary, U. Nowack, W. (Eds.). *Personality psychology in Europe*, vol A Tilburg University Press, pp. 309—319.
- 49. Estes, A.; Munson, J. & Dawson, G.; Koehler, E.; Zhou, X.; Abbott, R. (2009)**. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism: International Journal of Research and Practice*, 13(4), 375-387.
- 50. Ferguson M. (1993)**, *The New Paradigm: Emerging Strategic for Leadership and Organizational Change* (Michael Ray and Alan Rinzler, Eds., New Consciousness Reader)
- 51. Fleming, L. A. (1992)**. A study of the inclusion of children with disabilities in childcare services in Brisbane North Region. Brisbane: Queensland Government, Department of Family Services Youth and Community Care.
- 52. Gaylord-Ross, R. J., Haring, T. G., Breen, C., & Pitts-Conway, V. (1984)**. The training and generalization of social interaction skills with autistic youth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 229.
- 53. Hassall, R, Rose, J. & McDonald, J. (2005)**, Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: the effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 405-418.
- 54. Hastings R. P., H. Kovshoff & T.Brown, N. J. Ward, F. D. Espinosa, B. Remington (2005)** Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism, *Autism* 9: 377-391.
- 55. Hastings R.P., Brown T. (2002)** Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal of Mental Retardation*, 107:222-232.

- 56. Heward, W.L., &Orlansky, M.D. (1992).**Exceptional children: An introductory survey of special education (4th ed.). New York: Merrill.
- 57. Indvik, L. (2012).** American reading more ebooks on computers than ereaders, phones. Accessed on Yili 25, 2012 from <http://mashable.com/2012/04/06/American-ebooks-computers/>.
- 58. Indvik, L. (2012).**App Store Stats: 400 Million Accounts, 650,000 Apps." <http://mashable.com/2012/06/11/wwdc-2012-app-store-stats/>
- 59. Ivanova, T. (2014).** Cognitive assisting technologies and social inclusion of students with special educational needs. In: I International congress of Social Inclusive.Sedlce.
- 60. Feeney, S., Christensen D.&Moravicik E., (1987).** Who Am I in the lives of Children, Ohio.
- 61. Hallahan, D.P., Kauffman J.M. (1991).** Exceptional children: Introduction to special education, Englewood Cliffs.
- 62. Heward, W., Orlansky M. (1988).** Exceptional children , Ohio.
- 63. Kauffman, J.M. (1985).** Characteristics of children’s behavior disorders, Columbus
- 64. Kasari, C., & Sigman, M. (1997).** Linking parental perceptions to interactions in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 39-57.
- 65. Ke, F. (2008).** Computer games application within alternative classroom goal structures: cognitive, metacognitive, and affective evaluation. *Educational Technology Research and Development*, 56(5/6), 539-556.
- 66. Kim H. W., Greenberg J. S., & M. M. Seltzer & M. W. Krauss (2003)** The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness, *Journal of Intellectual Disability Research*, Volume 47, May-June, 313 – 327.
- 67. Koegel, R. L., Schreibman, L., Loos, L. M., Dirlich-Wilhelm, H., & Dunlap, L. (1992).** Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 205-216.
- 68. Landau, S., & Moore, L.A. (1991).** Social skill deficits in children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20, 235-251
- 69. Lawrence, G. H. (1986).** Using Computers for the Treatment of Psychological Problems. *Computers inHuman Behavior*, 2, 43-62.
- 70. Levterova, D. (2015).**Effectiveness of Mobile Applications in the Therapeutic Intervention in Learning Disability. Interdisciplinary Simposium “Social Competences, Creativity and Wellbeing”. Plovdiv.

- 71. Mach, E.J., Barkley R. A. (1989).** Treatment of childhood disorders, New York.
- 72. Nachshen J. S., N. Garcin & C. Pscy, P. Minnes; (2005)** Problem Behavior in Children With Intellectual Disabilities: Parenting Stress, Empowerment and School Services, Mental Health Aspects of Developmental Disabilities October/November/December Vol. 8, No. 4
- 73. Odom, S. L. (2000).** Preschool inclusion: What we know and where we go from here. Topics in Early Childhood Special Education, 20(1), 20-27.
- 74. Okolo, C. (1992).** The effect of computer-assisted instruction format and initial attitude on the arithmetic facts proficiency and continuing motivation of students with learning disabilities. Exceptionality, 3, 195–211.
- 75. Pelham, W. E., & Bender, M. (1984).** Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. In K. Gadow & I. Bailer (Eds.), Advances in learning and behavioral disabilities (Vol. 1, pp.365-436). Greenwich, CT: JAI Press.
- 76. Pelham, W.E., & Milich, R. (1984).** Peer relations in children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Learning Disabilities, 17, 560-567.
- 77. Praisner, C. L. (2003).** Attitudes of elementary school principals toward the inclusion of students with disabilities. Exceptional Children, 69(2), 135-145.
- 78. Rappolt-Schlichtmann, G., Daley, S. G., Lim, S., Lapinski, S., Robinson, K. H., & Johnson, M. (2013).** Universal Design for Learning and elementary school science: Exploring the efficacy, use, and perceptions of a web-based science notebook. Journal of Educational Psychology, 105(4), 1210. doi:10.1037/a0033217.
- 79. Rieber, L. (2005).** Multimedia learning in games, simulations, and microworlds. In R. E. Mayer (Ed.), The Cambridge Handbook of Multimedia Learning(549-567). New York: Cambridge University Press.
- 80. Robinson, R. & Reinhart, J. (2014).** Digital Thinking and Mobile Teaching: Communicating, Collaborating, and Construction in an Access Age. Denmark: Bookboon
- Sedlak, R. A., Doyle, M., & Schloss, P. (1982).** Video games - a training and generalization demonstration with severely retarded adolescents. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 17(4), 332–336.
- 81. Singh, M. (2010).** M-Learning: A New Approach to Learn Better. International Journal of Education and Allied Sciences 2(2): 65–72.

- 82. Stoiber, K. C., Gettinger, M., & Goetz, D. (1998).** Exploring factors influencing parents' and early childhood practitioners' beliefs about inclusion. *Early Childhood Research Quarterly*,13(1), 107-124.
- 83. Swann W.B.Jr. (1984)**Quest for accuracy in person perception: A matter of pragmatics // *Psychological Review*. Vol 91. — P. 437—447.
- 84. Swann W.B.Jr. (1987)**Identity negotiation: Where two roads meet // *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 53. — P. 1038—1051.
- 85. Turnbull A.P. & Turnbull H.R. (1990)** Families, professionals, and exceptionality: A special partnership. Columbus, OH: Merrill.
- 86. Thurman, S.K., Widerstrm A.H. (1985).** Yong children with special needs: A developmental and ecological approach, Boston.
- 87. Tüzün, H., Yilmaz-Soylu, M., Karakus, T., Inal, Y., & Kizilkaya, G. (2009).** The effects of computer games on primary school students' achievement and motivation in geography learning. *Computers and Education*, 52(1), 68-77.
- 88. Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1986).**Hyperactive children grown up. New York: Guilford Press.
- 89. Whalen, C.K. & Henker, B. (1985).** The social worlds of hyperactive (AD/HD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.
- 90. Windman V.** <http://www.ccsd.edu/ClarkstownSouth.cfm>
- 91. Zimmerman, S.O.(1988).** Problem-solving tasks on the incrocomputer: A look at the performance of students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 21, 637 – 641.
- 92.** <http://apps4stages.wikispaces.com/AppWheels>
- 93.** <http://www.adweek.com/lostremote/project-blueprint-and-espns-impressive-digital-and-social-growth/42470>
- 94.** <http://www.commart.com/Columns.aspx?pub=6950&pageid=1784>
<http://www.educationalappstore.com/app/specialneeds>
- 95.** <http://www.scips.worc.ac.uk>
- 96.** http://www.ssireview.org/blog/entry/whats_holding_back_mobile_phones_for_education What's Holding Back Mobile Phones for Education? Stanford Social Innovation Review Blog. Standford Social Innovation Review. February 11, 2013. Retrieved August 4,2013.
- 97.** www.dyslexia-reading-well.com
- 98.** www.mashable.com