

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВАТА ПРЕД ПРИБОЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ – ДЕТЕТО С ХИПЕРАКТИВНОСТ И АГРЕСИВНО ПОВЕДЕНИЕ

Доц. д-р Диана Циркова
Бургаски свободен университет

Резюме. В текста са представени различни аспекти на съвременната дискусия относно психичните нарушения, свързани с вниманието и хиперактивността. Предложени са обяснителни хипотези, различни от когнитивно-поведенческите и невробиологичните модели, които позволяват симптомът да бъде мислен чрез мястото му в психичната структура и функциониране на детето. Критериите за наблюдение, които са предложени, могат да ориентират екипите за приобщаващо образование при изготвяне на оценки и индивидуални планове за работа. Те могат да послужат за по-пълноценен професионален диалог между педагогическите специалисти в екипа, както и за изграждане на ефективен терапевтичен съюз с родителите.

Ключови думи: хиперактивност; внимание; агресивно поведение; приобщаващо образование; психична структура

Въведение

Приобщаващото образование вече натрупа опит в българските училища. В същото време, то продължава да бъде предизвикателство, да поставя въпроси пред педагога както по отношение на трудностите и възможностите за обучение на детето със СОП, така и по отношение на еволюцията в състоянието и педагогическия напредък. В много изследвания върху стереотипите и нагласите на педагозите по отношение на приобщаващото образование се посочва мнението, че образователната система не е в състояние да изработи еднаква матрица за успех на всяко дете и ученик и отношението към различните деца трябва да бъде преосмислено (Ganeva 2022).

Като работещ с педагогически специалисти, родители и деца с проблеми в развитието, разбирам трудностите на екипите за приобщаващо образование, както и желанието на родителите за бърз образователен напредък. Непрекъснато в работата си разсъждавам върху въпроса как да направим

родителите и педагозите част от терапевтичен алианс, като едновременно запазим пространство за субективността на детето.

Фокусът в настоящия текст е насочен към често срещани поведения – слаба концентрация на вниманието, свръхвъзбуда и неспокойствие, придружена с моторна активност, агресивни прояви от различен вид. Изложени са теоретични референции и практически посоки за мислене и работа по всеки конкретен случай на дете с проблем в очертаната област. Идеята на предложения текст е да ситуира всеки на собственото му място – педагога, специалистите, родителите, които в процес на взаимодействие и обмен ще осигурят пространство за работа със страдащото дете.

1. Вниманието, хиперактивността и СДВХ (синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност)

Вниманието е възлов когнитивен процес, който позволява развитието на познавателната способност. Това е процес, който прави възможно усещанията, възприятията, паметовите и мисловните процеси да се синхронизират и да произведат познанието. Когато вниманието е нарушено, страда цялата способност за опознаване на средата, за свързване с другите, не може да се осигури преживяването за идентичност на себе си във времето и пространството. Психичният живот не може да организира паметта и мисловните процеси, които да допринасят за по-нататъшното му развитие и усложняване.

Още при бебетата откриваме форма на „протовнимание“. Тя се проявява в начина, по който бебето демонстрира състояние на „притихнало очакване“ при повтарящи се дейности, които му носят удоволствие или неудоволствие. Към елементарните форми на внимание можем да отнесем реакциите на имитация, които са регистрирани експериментално при наблюдения на новородени. Този вид внимание се нарича „непреднамерено“, „неволно“ и неврофизиолозите смятат, че то възниква на основата на рефлекс, но е фундаментално за организирането на психичния живот. При децата с аутистични симптоми, при органични заболявания на централната нервна система, при генетични аномалии, засягащи невrorазвитието, това елементарно внимание е нарушено. Когато казваме „внимание“, най-често имаме предвид преднамереното, доброволно внимание, което включва обект, психично мобилизиране и действие. Преднамереното внимание се изгражда в хода на психичното развитие на детето, и особено в хода на развитие на езика. Следователно най-важният фактор за изграждане на този когнитивен процес е социалното взаимодействие, и то взаимодействието с възрастния. Развиването на езиковите способности и интериоризирането на вниманието като вътрешен регулатор на психичния живот са свързани и непосредствено си влияят. Съвременните изследвания с образни технологии доказаха, че вниманието е детерминирано чрез активност в различни части на мозъчната кора. Тези нови изследвания напълно съответстват на теорията за когнитивните функции, които зависят не само от един

точно определен регион в мозъка, а от сложни функционални системи, свързани помежду си, която А. Лурия представя в средата на XX век (Luria 1973).

В психометричен план няма тестова методика, която да измерва вниманието, само по себе си. То винаги е свързано с друг когнитивен процес, най-често с възприятието и паметта.

В текста си „Формулировки върху двата принципа на психичната дейност“ от 1911 г. Фройд определя вниманието по следния начин: „Създава се специална функция на периодично изследване на външния свят, така че данните от него да са предварително известни, когато възникне неотложна вътрешна потребност – вниманието. Неговата дейност изпреварва сетивните впечатления, вместо да изчаква появата им“ (Freud 2014, p. 27). Според автора едновременно с описаната специфична функция се основава и система за регистриране, която има за цел натрупване на резерв и съхранение на резултатите. Тя става първооснова на паметта. Конструирането на тази система в психичния живот е в тясна връзка с развитието на представите и мисленето. Според автора мисълта притежава качества, позволяващи на психичния апарат да понася повишеното напрежение, което се случва при отлагане на разтоварването. В този текст Фройд теоретизира въпроса как усещанията на тялото се регистрират и складират под формата на паметови следи. Това, което го занимава, е как в живото тяло на новороденото, което преживява стимули от външната и вътрешната среда, предизвикващи напрежения и изискващи разтоварване, се организира психичен апарат. Функцията на този психичен апарат е да преработва възникващите напрежения по начин, различен от рефлексната дъга, при която дразненето води до мускулно разтоварване. Фройд ни показва, че психичният апарат осигурява преработването на напреженията от тялото в мисловен процес, и акцентира върху необходимостта от внимание и посредничеството на думите, за да се развие мисълта от несъзнавана към съзнавана. Но думите са феномени от друг характер, те се предоставят от един Друг, създават възможност за символизиране и преработка, а това, от своя страна, задържа моторното отреагиране.

Отделяме внимание на тази теория, защото тя е актуална в светлината на съвременните невробиологични изследвания и начините, по които се третират нарушенията на вниманието и моторната нестабилност. Част от проблемите, свързани с дефицит на внимание и хиперактивност, имат връзка с физиологията и невробиологията, но тази връзка не трябва да се абсолютизира, защото Фройд ясно посочва връзката с Другия като задължителен елемент в зараждането и изграждането на психичния апарат и в частност – на мисловните процеси.

Този първоначално социален и съвместен характер на преднамереното внимание, както и механизмът на психична преработка, който трябва да отведе телесните напрежения до представи и мисловен процес, е от изключително

важно значение, когато мислим върху конкретното измерение на нарушенията при дадено дете.

Вниманието на детето, което работи в клас заедно с учителя и останалите деца или самостоятелно върху домашната си работа, може да бъде свързано с изискването или желанието на възрастния, който възплащава „Другия“. Детето също така може да иска да угоди на този възрастен или да се бунтува срещу него. Как то ще отдели и осигури психично пространство за това споделено внимание, което се изисква в учебния процес, ще повлияе върху способността му за преднамерено внимание. Този „Друг“ може да не е само реален възрастен, това може да бъде идеализиран образ, свръхазов вътрешен глас, интернализиран родител или подобен психичен конструкт. Преднамереното внимание винаги се отнася до обект. П. Ландман – детски психиатър и психоаналитик, казва, че не може да съществува внимание без субект и без обект. Освен това вниманието се колебае в зависимост от обекта – от неговата желаност, достъпност или стойност, от думите, които го описват, от спомените, които предизвиква, от фантазията, която възплащава, както и от много други фактори (Landman 2015).

В най-често използвания диагностичен справочник за психични нарушения в България – МКБ 10, нарушението на вниманието и психомоторната активност е описано в раздела на поведенческите разстройства в групата „Хиперкинетични разстройства“. В диагностичните указания се уточнява, че трябва да се вземе под внимание възрастта на детето поради широките граници на нормата в ранното детство; трябва да се проявяват в повече от една ситуация (например вкъщи и в училище); набляга се на факта, че подобна клинична картина може да се среща при тревожните и депресивните разстройства. В ДСН 4 – справочника на Американската психиатрична асоциация, групата е озаглавена „Разстройства с дефицит на вниманието и разрушително поведение“. Там откриваме три списъка – „Невнимание“, „Хиперактивност“ и „Импулсивност“, които изброяват поведенчески знаци. Необходимо е да бъдат идентифицирани 6 симптома от групата „Невнимание“ или 6 от групата „Хиперактивност/импулсивност“, които да са наблюдавани поне 6 месеца и да са несъответни на възрастовото развитие, за да се постави диагноза. Какво означава това за родителите, които искат детето да бъде лекувано, и за специалистите, които приемат това дете като дете със СОП в системата на приобщаващото образование? Какво означава за самото дете да бъде описано и категоризирано от два списъка с признаци, без да се вземат под внимание неговата история и специфичните проявления на неговото страдание?

Защо хиперактивността добива такава популярност и от психиатрична диагноза се превърна в „етикет“, който обяснява трудностите на детето? За педагога, за психотерапевта и психолога това не обяснява природата на трудността, нито препраща към точно дефиниран алгоритъм какво да се прави.

Защото всеки случай на хиперактивност трябва да се разглежда като свързан с историята на детето, с историята и ситуацията на неговите родители; с трудностите, които детето има по отношение на ученето, социалното свързване – с деца и възрастни, с психомоторното развитие.

СДВХ е психично разстройство, което за първи път е включено в третата версия на ДСН. То заменя старите категории на нестабилност, хиперкинезия или хиперактивност, защото е разстройство, което подчертава качеството на вниманието, и най-вече вниманието, което може да бъде свързано с хиперактивност и импулсивност. В последната ревизия на диагностичния наръчник (ДСН 5), одобрен от Американската психиатрична асоциация, СДВХ вече излиза от групата на поведенческите разстройства, за да бъде отнесено към групата на невроразвитийните нарушения (Landman 2018).

Според д-р П. Ландман (Landman 2018, 2022) има няколко причини за този фокус върху вниманието в наши дни. Вниманието има значение за обучението (внимание на ученика); то има и икономическа стойност (внимание на потребителите и клиентите); включването му в диагностична единица позволява да се разшири обсегът на психичното разстройство (сега в тази диагностична категория могат да бъдат включвани момичета и възрастни, които са по-малко засегнати от хиперкинетичния симптом); и не на последно място, вниманието се изучава от съвременната невропсихология и реагира на молекулата на метилфенидат (основа на лекарствата Ritalin, Quasym, Concerta). Диагнозата СДВХ все повече се представя като разстройство на невроразвитието, въпреки че липсват категорични изследователски данни, които да потвърждават хипотеза за органично или функционално мозъчно увреждане. Можем ли и трябва ли да изключим психичното развитие, образователното развитие и житейския контекст на страдащото дете? Въпреки че в съвременното лечение на СДВХ се дава превес на лечението с медикамент, педагогическите, психотерапевтичните интервенции и подкрепа са задължителна част от лечението, а много често – и по-важната. Това, което практиката е доказала, е, че без промяна в психосоциалната среда, със или без лекарства, академичните резултати не се подобряват в дългосрочна перспектива.

Преди да се изработи индивидуална програма за работа с дете, страдащо от СДВХ, екипът би трябвало да обсъди следните проблемни области.

А. Установено ли е с медицински документи съпътстващо заболяване, свързано с мозъчни лезии, малформации, дисфункции, или друго заболяване (генетични аномалии, епилепсия и други).

Б. Какви са конкретните прояви на СДВХ при детето – свързани ли са с определени ситуации или време от деня; наблюдават ли се кризи, как детето влиза в тях и как бива успокоено; какво е неговото емоционално състояние – хаотично, с преобладаваща тревожност, свързано с други поведенчески нарушения – автоагресия или агресия към околните.

В. Как детето реагира на санкции и фрустрации, на правила и изисквания, отправени към него от специалистите, педагога, родителите.

Г. Какво е отношението на родителите към проблемите на детето.

Този въпрос е много важен, тъй като родителите трябва да бъдат привлечени за изграждане на терапевтичен съюз с училищния екип. Как те оценяват състоянието му и какво означава за тях поставената диагноза? Трябва да бъдат внимателно слушани при отговора на този въпрос. В много случаи родителите изпитват облекчение след поставяне на диагнозата, защото „това обяснява проблемите“ и защото „това е болест, за която има лекарство и то ще помогне“. Това облекчение настъпва и като последица от прекалено дълго търсене на лечение и консултиране с многобройни специалисти. В психологически план се облекчава родителското чувство за вина и се обръща поглед към медицината и научното познание, което трябва да предложи решение. Тук трябва да отбележим проблема с прием на лекарство, основано на метилфенидат – молекула от групата на амфетамините, която доказано влияе върху концентрацията на вниманието. Лекарството може да повлияе симптомите, да ги редуцира, но не лекува причините. Дългосрочни изследвания показват, че средно неговата ефективност се изчерпва след две години употреба (Landman 2015). Ако детето е повлияно от лекарството и е в състояние да овладява импулсивното поведение и да концентрира вниманието си преднамерено, това е възможност за конфронтиране с дезорганизацията, която владее неговия психичен живот. Лечението на състоянието изисква освен медикамент и изграждане на терапевтична връзка, която ще позволи да се изследват несъзнаваните механизми и конфликти, обуславящи нарушението.

Защо проблемите с вниманието и хиперактивността изискват допълнителна работа от специалиста, а не отношение, предубедено и клиширано от диагнозата СДВХ? На първо място, това е широкоспектърна диагноза, която може да бъде поставена на деца с неврологична незрялост, деца с епилепсия, травмирани деца, деца с нарушения на съня, свръхнадарени деца, психотични деца, деца с аутизъм, деца с инструментални затруднения (това е групата на „дис-“ – дислексия, дизортография, диспраксия и др.), деца със сензорни разстройства, натрапливо и компулсивно поведение, тревожност, синдром на Жил де ла Турет, психоза, разстройства на настроението и дори деца, които са в период на временно или реактивно затруднение, без да имат друго психично нарушение.

СДВХ изисква снемане на подробна анамнеза, събиране и разсъждаване върху наблюдаваните от всеки специалист, работещ с детето, клинични знаци. Изисква се не само съблюдаване на определени списъци, изброяващи характерни черти или поведения, не само когнитивен профил на детето, но също така хипотеза за цялостното му психично функциониране. В противен случай СДВХ се превръща в лесно поставим етикет, удобен и възможен винаги ко-

гато детето има академични трудности или демонстрира друг вид психично страдание. Много често към картината на СДВХ се асоциират и други психопатологични прояви – нощно напикаване, нарушения на съня, психосоматични симптоми.

Когато тази диагноза успокоява родителите и им позволява да общуват във форуми или друг вид родителски групи, не е необходимо тя да се отрича или поставя под съмнение, особено когато с родителите не е изградена връзка на доверие. Това може да саботира изграждането на терапевтичен съюз и да остави в родителите впечатление за некомпетентност или защитаване на остаряла практика. Съвместната работа с родителите по обсъждане състоянието на детето ще ги отдалечи от инфантилната позиция да се подчиняват на авторитета и да „изпълняват“ (или обратното – да се противопоставят и да не следват никакви препоръки), и ще ги премести на мястото на партньори в общата работа, свързана с трудностите на детето им.

2. Обсъждане на хипотези, различни от когнитивно-поведенческите и невробиологичните модели

Тук ще предложим няколко хипотези, които дават възможност да се мисли за цялостното психично функциониране на детето и мястото на изброените симптоми в изграждането на психичната структура. Това са хипотези, в които се обсъждат подлежащите психопатологични процеси. Тяхната еволюция оформя картината, която наричаме СДВХ.

Психотична тревожност и страхове от психотичен тип

Това е тревожност, произтичаща от непреработени архаични страхове, наречени от Д. Уиникът (Winnicott 1974) „агонии“. Те са свързани с овладяване на страховете от разпад (връщане към дезинтегрирано състояние, пропадане безкрай), от телесна трансформация (загуба на психосоматично единство), от нахлуване на другия (неспособност за свързване, загуба на идентичност), загуба на чувство за реалност. Ранни трудности от различно естество са препятствали преработването на тези разрушителни преживявания и са довели до провал в изграждането на чувство за себе си, в усещанията и възприятията за собствената личност. Според Е. Бик (Bick 1968) психотичната тревожност и психотичните страхове водят до дефекти в изграждането на психичната обвивка, наречена „кожа“, която съдържа психичния живот заедно с телесните органи, подобно на кожната обвивка, която обгръща тялото. Тя предлага хипотезата, че хиперактивността може да играе роля на „втора кожа“, която има функцията да удържа психичното пространство и да играе ролята на граница между психичния живот и външния свят.

Страхове от нахлуване на другия, от завладяване, от похищение, от сливане с другия и загуба на идентичност, от разпокъсване са описани от Ж. Хаг при работата ѝ с аутистични и психотични деца (Haag 2018). Тези страхове са не-

съзнавани, детето не може да ги вербализира, откриваме ги и ги наблюдаваме индиректно в неговата игра, в поведението му, в симптомите, които организира.

Преживяването на чувството за себе си е крехко или хаотично, а страховете се организират във връзката със значимия обект от най-ранното детство. Много често тези състояния намират израз в хиперактивно и агресивно поведение към деца и възрастни. Тези прояви могат да бъдат мислени и като патологични опити за свързване с другия.

Обикновено хиперактивност и нарушения на вниманието, които са свързани с подлежаща психотична тревожност, са обвързани с други групи симптоми – фобии, натрапливи поведения, психосоматични нарушения. В тези случаи трябва да мислим повече за структуриране от психотичен или предпсихотичен тип, когато психичната структура е крехка и не може да осигури добро организиране и разграничаване на вътрешния свят от външната реалност, използват се примитивни защитни механизми, чувството за идентичност е затруднено, страда и качеството на свързването с другите деца и възрастни. Ако случаят е такъв, възпитателните и педагогическите мерки, прилагани самостоятелно, имат много малка ефективност. За да започнат да действат, се изисква паралелна продължителна психотерапевтична работа, позволяваща изграждане на по-стабилен вътрешен свят.

Невротична тревожност

Обсъждана е хипотезата, че хиперактивността на детето може да служи като защита от депресията. Детето изработва този механизъм, за да не допусне депресивния афект или да триумфира над него. Известни са концепциите за тревожност при сепарация или изоставяне. В други случаи хиперактивността може да бъде разглеждана като реакция срещу кастрационна и едипова тревожност; реакция на фрустрация от въвеждането на забрани; или ситуации, в които детето се поставя постоянно в опасност, с което предизвиква да му се карат, да бъде наказано или да се самонакаже. В този случай може да се обсъжда и невротично чувство за вина, което не може да намери изход в словото.

Хиперактивността като психосоматичен феномен

Според П. Дьоларош, детски психиатър и психоаналитик, хиперактивното поведение при някои деца може да се разглежда като процес на самоуспокоение, който се изработва на мястото на невъзможното канализиране на възбудата посредством превръщането ѝ в представа и мисъл. Действия или психомоторни поведения са се отцепили от мислите, които са ги породили. „Като че ли става късо съединение между мисълта и действието в резултат от елиминирането на езика“. (Delaroché 1999, p. 96) Хиперактивността не е само моторно разтоварване, а средство да се задействат вътрешни психични връзки.

Затруднения, произтичащи от средата

В някои случаи неспокойствието, дезорганизираното внимание и хиперак-

тивността сочат към психичен проблем на родителя – депресивност или психотично състояние на единия или двамата родители. Това води до психично отсъствие на родителя. Той присъства, но не може да мисли за детето, а често и не може да се грижи адекватно за него. В този смисъл, хиперактивността може да бъде мислена като апел към психично отсъстващия родител.

Родителското неразбирателство, често предхождащо раздели или развод, също може да предизвика подобни симптоми при детето. Симптомите са толкова по-отчетливи, колкото повече то е включено в конфликта между родителите (Ajuriagerra, Marcelli 1984).

Малтретиране, насилие между родителите или такова, насочено към детето. В тези ситуации се развива едно характерно разстройство на вниманието, изразяващо се в прекомерна бдителност. Дете, което е твърде бдително, вече не може да обръща внимание. Дете, което е малтретирано, изоставено или разочаровано от възрастен, може да стане свръхбдително и да има проблеми с концентрацията, тъй като не му остава внимание, което да разпределя и пренасочва.

При затруднения, които произтичат от средата, винаги в анамнезата се открива време, когато тези симптоми са отсъствали, и често родителите, а понякога и по-големите деца ги свързват с определено събитие или ситуация. Също така наблюдаваме, че тези симптоми се редуцират или изчезват при овладяване на патогенните фактори, идващи от средата.

Нека припомним, че колкото по-малко е детето, толкова повече неговият начин за изразяване на психично напрежение или вътрешен конфликт минава през тялото. В началото действието е най-спонтанната модалност за отговор. Така, моторната нестабилност се наблюдава след хирургични интервенции, раздели, семейни раздели и това е част от нормалната реакция на събитието.

Тук трябва да посочим и някои особености на съвременния начин на живот, които благоприятстват появата на симптоми на хиперактивност и дефицити на внимание – градската среда, с нейните ограничени пространства и организация на живот, натиска за академични постижения, който за някои деца започва отпреди раждането им и който изключва субективността на детето по радикален начин; и не на последно място, влиянието на екраните и дигиталната визуална среда, в която много деца битуват без всякакви ограничения и съпровождане от словото на възрастния.

3. Агресивното поведение и неговото значение като симптом в психичното функциониране на детето

Не съществува „агресивно поведение“ в неговия абстрактен смисъл. В практическата работа обикновено прибързаното „знание“ за причините на дадено поведение не е полезно. Също както не е полезно и бързото отнасяне към определени теоретични рамки. Всеки случай на агресивно поведение

от детето трябва да бъде внимателно обсъден, като се стараем да включим всички наблюдавани и споделяни елементи от специалисти и родители. Още повече че агресията има и специфични параметри, които могат да определят конкретни поведенчески прояви като изключително важни за пълноценното функциониране на детето (Donev 2018). Само подходът „разглеждане на случаи един по един“ може да доведе до избор на адекватни интервенции, които ще имат смисъл за детето.

Съществуват няколко групи критерии, които сме извели от клиничната работа и от екипни обсъждания на деца, демонстриращи агресивно поведение. Във всяка група сме идентифицирали показатели, които биха дали посоки за съставяне на различни хипотези относно смисъла на разрушителното поведение за субекта.

А. Общи параметри на агресивното поведение:

Какви са видовете агресия, която детето демонстрира – вербална, физическа, автоагресия, разрушаване на средата.

Има ли определен вид агресия, която доминира в поведението, към кого или към какво е насочена тя.

Как протича агресивният акт – изпада ли детето в пристъп на ярост, губи ли връзка с реалността, възможно ли е за него да прекрати агресивния акт, или той ескалира.

Какви са последиците за другия (дете или възрастен), какви са последиците за средата и предметите, към които е насочена агресията.

Какви са поводите, при какви условия се появява това поведение, има ли отключващи фактори.

Как детето може да бъде спряно, овладяно, успокоено.

Може ли детето да направи разказ за това, което се е случило; може ли да мисли за последиците от своето поведение.

Какво е отношението и поведението на възрастните към агресивните прояви.

Свързано ли е агресивното поведение с други нарушения в поведението – кражба, лъжа бягства.

Каква е концепцията на детето за смъртта; какво е неговото отношение към авторитета, правилата и забраните.

Б. Прояви на автодеструктивно поведение

Отношение на детето към фрустрации, забрани, наказания.

Преминаване към автоагресивно действие – отключващи фактори, сила на импулса и риск от нараняване.

Коя част на тялото участва – глава, уста, ръце, и по какъв начин.

Какви могат да са функциите на подобно поведение:

– отговор на фрустрация (обикновено деструктивността е голяма);

– апел или призоваване на обкръжението (актовете са по-малко брутални);

– насочва вниманието към себе си след агресивно взаимодействие със заобикалящите;

– автостимулиращо поведение при самота.

В. Инциденти и злополуки

– вид и честота на инцидентите и злополуките;

– връзка между настоящата ситуация на детето в семейството, детската градина, училището и инцидентите;

– какво е мястото, което им отреждат родителите в живота и състоянието на детето.

Събраната информация се анализира и може да послужи за детайлизиране и отчитане на спецификата на агресивната проява на конкретното дете. Това би помогнало в по-широк план да се мисли за психичната структура и функциониране на детето, както и за възможните интервенции на различни равнища. Подлежащите психопатологични процеси, описани при нарушения, свързани с хиперактивност и дефицит на вниманието, могат да бъдат изследвани и в случаите на агресия. Това поставя агресивното поведение да бъде разглеждано като клиничен знак в широк диапазон от нарушения – от прояви на агресия като реактивен отговор на житейски събития и ситуации до сериозно психично нарушение с подлежаща психотична патология.

На индивидуално ниво това би могло да бъде психотерапевтична работа или насочване към лекар специалист; промяна на индивидуалната програма, включване на нови специалисти. На ниво семейство – може да бъде среща с родителите, насочване на родителите за разговор с директора. Интервенциите на ниво училищен клас могат да бъдат провеждани на занимания за повишаване на груповата сплотеност, за интегриране на „изключеното“ от съучениците или маргинализирано поради различия дете.

4. Дискусия

От казаното дотук можем да изведем няколко важни теми, върху които ще продължим да разсъждаваме.

Проблемите с вниманието, хиперактивността и агресивните прояви са повърхността на поведение, което наблюдаваме при детето. Под тази повърхност стоят механизмите на психичния живот, които правят възможна появата на тези поведения. Ето защо в практическата работа, когато срещаме този вид проблеми, е необходима подробна и точна оценка за състоянието на детето. Изработването на оценката не е възможно без участието на педагога, родителите и всички специалисти, ангажирани с обучителните трудности. Задълбочената и подробна анамнеза, проследяването на трите оси на развитие – когнитивна, емоционална и социална, използването на проективни методики – тест на Роршах, САТ, би довело до по-доброто ситуиране на нивото на дезорганизация или на липсваща организация на личността.

След изготвянето на оценка екипът може да обсъжда различни хипотези относно мястото на това симптоматично поведение в психичната структура и функциониране на детето. За да бъде разбран, всеки симптом трябва да бъде разглеждан като част от историята на детето и неговото семейство. Когато го анализираме, винаги трябва да зачитаме възрастта на детето, достигнатото до момента развитие, семейната и социалната ситуация, които детерминират средата на отглеждане и възпитание.

Дали детето функционира психотично, невротично или гранично, ще даде посока на избора на интервенции, както и ще определи дали фокусът ще бъде върху възпитателната, психотерапевтичната работа, или акцентът ще се постави върху родителското съветване и съпровождане. Хипотезата за психичното структуриране, което при децата е в процес на изграждане, може да даде идеи на специалния педагог за обучителна методика, която да доведе до образователен напредък, да конфигурира работата на логопеда и не на последно място – да повлияе интервенциите за социалното включване и редуциране на симптоматичното поведение.

Свързването на наблюдаваното поведение с психичната структура позволява на екипа да бъде в позиция на търсене и изграждане, на партньорство по отношение на детето и родителите. Дискусиите, споделянето дават възможност на знанието да преминава през словото на всеки специалист и да задвижва желанието за работа на всеки поотделно и на екипа като общност.

Обговарянето на трудностите, които детето има, придаването на смисъл и търсенето на несъзнаваните измерения на симптома по индиректен начин променят мястото на страдащото дете от обект на въздействие към мястото на субект, носител на собствена истина, част от която то разкрива чрез симптомите си.

ЛИТЕРАТУРА

- ГАНЕВА, З., 2022. *Педагогическа анимация и приобщаващо образование. Нагласи и стереотипи на приобщаващия учител* Бургас: ФЛАТ. ISBN: 978-619-7125-92-4.
- ДОНЕВ, Д. 2018. *Социална психология на училищното образование*. Стара Загора: Тракийски университет. ISBN: 978-954-338-147-0.
- ДЪОЛЪПРОШ, П., 1999. *Да се говори, играейки*. София: ЛИК. ISBN: 954-607-227-3.
- ФРОЙД, З., 2014. Формулировки върху двата принципа на психичната дейност. В: *Психология на несъзнаваното*, стр. 25 – 32. София: Колibri. ISBN: 978-619-150-329-2.
- AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D., 1984. *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson. ISBN: 978-2225802201.
- BICK, E., 1968. The Experience of the Skin in Early Object-Relations.

International Journal of Psycho-Analysis, no. 49, pp. 484 – 486, ISSN: 2472-6982.

HAAG, G., 2018. Some Reflections on Body Ego Development Through Psychotherapeutic Work with an Infant. In: MILLER, S., SZUR, R., *Extended Horizons. Psychoanalytic Psychotherapy with Children, Adolescents and Families*, pp. 135 – 147. New York: Routledge, ISBN: 9780946439881.

LANDMAN, P., 2015. *Tous hyperactifs ? : L'incroyable épidémie de troubles de l'attention*. Paris: Editions Albin Michel. ISBN: 978-2-226-33912-6.

LANDMAN, P., 2018. La fausse épidémie de TDAH. *Études*, pp. 53 – 64. Available from: <https://doi.org/10.3917/etu.4254.0053>. ISSN 0014-1941.

LANDMAN, P., 2022. Écouter les enfants plutôt que les sirènes du scientisme. In: SEBASTIEN PONNOU, *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse*, pp. 37 – 52. Nîmes: Champ social. Available from: <https://doi.org/10.3917/chaso.ponno.2022.01.0037>. ISBN: 979-10-346-0758-7.

LURIA, A., 1973. *The working brain*. New York: Basic Books. ISBN: 978-0-465-09208-6.

WINNICOTT, D., 1974. Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, no. 1, pp. 103 – 107. ISSN: 0306-2643.

REFERENCES

AJURIAGUERRA, J. ; MARCELLI, D., 1984. *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson. ISBN: 978-2225802201.

BICK, E., 1968. The Experience of the Skin in Early Object-Relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, no. 49, pp. 484 – 486, ISSN: 2472-6982.

GANEVA, Z., 2022. *Pedagogical animation and inclusive education. Attitudes and stereotypes of the inclusive teacher*. Burgas: FLAT. ISBN: 978-619-7125-92-4.

HAAG, G., 2018. Some Reflections on Body Ego Development Through Psychotherapeutic Work with an Infant. In: MILLER, S., SZUR, R., *Extended Horizons. Psychoanalytic Psychotherapy with Children, Adolescents and Families*, pp. 135 – 147. New York: Routledge, ISBN: 9780946439881.

DONEV, D., 2018. *Socialna psihologiya na uchilistnoto obrazovanie*. Stara Zagora: Trakiyski universitet. ISBN: 978-954-338-147-0

DELAROCHE, P., 1999. *To talk while playing*. Sofia: Lik, ISBN: 954-607-227-3.

- FREUD, S., 2014. Formulations on the Two Principles of Mental Functioning. *Psychology of the unconscious*, pp. 25 – 32, Sofia: Colibri. ISBN: 978-619-150-329-2.
- LANDMAN, P., 2015. *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention*. Paris: Editions Albin Michel. ISBN: 978-2-226-33912-6.
- LANDMAN, P., 2018. La fausse épidémie de TDAH. *Études*, pp. 53 – 64. Available from: <https://doi.org/10.3917/etu.4254.0053>. ISSN 0014-1941.
- LANDMAN, P., 2022. Écouter les enfants plutôt que les sirènes du scientisme. In: SEBASTIEN PONNOU, *À l'écoute des enfants hyperactifs: Le pari de la psychanalyse*, pp. 37 – 52. Nîmes: Champ social. Available from: <https://doi.org/10.3917/chaso.ponno.2022.01.0037>. ISBN: 979-10-346-0758-7.
- LURIA, A., 1973. *The working brain*. New York: Basic Books. ISBN: 978-0-465-09208-6.
- WINNICOTT, D., 1974. Fear of Breakdown. *International Review of Psycho-Analysis*, no. 1, pp. 103 – 107. ISSN: 0306-2643.

CHALLENGES TO INCLUSIVE EDUCATION – THE CHILD WITH HYPERACTIVITY AND AGGRESSIVE BEHAVIOR

Abstract. The text presents various aspects of the contemporary discussion of attention deficit hyperactivity disorder. Explanatory hypotheses other than cognitive-behavioral and neurobiological models have been proposed, which allow the symptom to be thought through its place in the mental structure and functioning of the child. The monitoring criteria that have been proposed can guide inclusive education teams when preparing assessments and individual work plans. They can serve for a more complete professional dialogue between the pedagogical specialists in the team, as well as for building an effective therapeutic alliance with the parents.

Keywords: hyperactivity; attention; aggressive behavior; inclusive education; mental structure

✉ **Dr. Diana Tsirkova, Assoc. Prof.**

ORCID iD: 0009-0009-3542-3138

Burgas Free University

Burgas, Bulgaria

E-mail: dtsirkova@bfu.bg