



МИНИСТЕРСТВО
НА ОБРАЗОВАНИЕТО
И НАУКАТА



РЕГИОНАЛЕН ЦЕНТЪР
ЗА ПОДКРЕПА НА ПРОЦЕСА
НА ПРИОБЩАВАЩОТО ОБРАЗОВАНИЕ
СОФИЯ-ГРАД

МЕТОДИКА ЗА СКРИНИНГ НА СДВХ (7–11 Г.)



ЧРЕЗ ВЪПРОСНИК ЗА РОДИТЕЛИ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

КАЛОЯН ДАМЯНОВ
ЛИЛИЯ КИСЬОВА
ЦВЕТОМИРА АНГЕЛОВА
НЕВЕНА НИКОЛОВА

КАЛОЯН ДАМЯНОВ
ЛИЛИЯ КИСЬОВА
ЦВЕТОМИРА АНГЕЛОВА
НЕВЕНА НИКОЛОВА

**МЕТОДИКА ЗА СКРИНИНГ
НА СДВХ (7–11 Г.)
ЧРЕЗ ВЪПРОСНИК ЗА РОДИТЕЛИ
И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ**

София, 2025

Авторски екип:

Доц. г-р Калоян Дамянов – ръководител на екипа

Д-р Лилия Кисьова

Д-р Цветомира Ангелова

Невена Николова

Рецензенти:

Проф. г-н Милен Замфиров

Доц. г-р Александър Кръстев

© Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование –
София-град, издател, 2025 г.

ISBN 978-619-7743-07-4

*Настоящото издание е одобрено с протокол №001 от 08.07.2025 г.
от Комисия за етично съответствие към РЦПППО – София-град.*

*Изданието се осъществява по задание на Министерство на образованието
и науката с възлагателно писмо № 94-1240 от 13.03.2025 г.
В оценката и пробирването на резултатите от скрининга се включиха
родители от сдружение „Нетипичен ум – СДВХ“.*

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение	5
1. Значимост на скрининговия въпросник за Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност при деца на възраст между 7 и 11 години	7
2. Теоретични модели, свързани с въпросника	16
2.1. Биопсихосоциален модел на СДВХ.....	16
2.2. Транзакционен модел на развитието	18
2.3. Екологичен системен модел на Бронфенбренер	20
2.4. Интегративен модел за технологична експозиция.....	23
2.5. Модел на културна компетентност и дименсионална оценка.....	25
2.6. Въздействия върху валидността на въпросника.....	27
3. Дизайн и структура на въпросника.....	29
3.1. Теоретична рамка и основни принципи.....	29
3.2. Структура и организация на въпросника.....	30
3.3. Оценъчна скала.....	30
3.4. Времева рамка на оценката	31
3.5. Ключови аспекти на дизайна.....	31
3.5.1. Ясноста и достъпността на езика.....	31
3.5.2. Екологична валидност.....	32
3.5.3. Интерпретация и проследяване	32
3.6. Клинична и практическа полезност.....	33
3.6.1. Предпазни мерки и етични съображения	33
3.6.2. Практическа приложимост	34
3.7. Интегриране на технологични аспекти	34
3.8. Културна адаптация.....	35
4. Обучение и училищно образование при деца със СДВХ	36
4.1. Специфични предизвикателства в училищната среда	37
4.1.1. Поведенчески предизвикателства, свързани с хиперактивност и импулсивност.....	38
4.1.2. Коморбидни състояния и обучителни затруднения.....	40
4.2. Ролята на учителя и училищния психолог	41
4.2.1. Ролята на учителя.....	41

4.2.2. Ролята на училищния психолог.....	42
4.3. Ролята на ресурсния учител	44
4.3.1. Специфични функции на ресурсния учител при работа с деца със СДВХ.....	44
4.4. Научнообосновани стратегии за подкрепа в класната стая	48
4.4.1. Структуриране на учебната среда.....	48
4.4.2. Адаптиране на учебния процес	49
4.4.3. Управление на поведението.....	51
4.4.4. Сътрудничество между училище и семейство	52
4.5. Въпросник за учители: допълнение към скрининга за родители.....	53
4.5.1. Психометрични характеристики и научна основа на предложените въпроси.....	54
4.5.2. Сравнителен анализ на данните от родители и учители	54
4.5.3. Практическо приложение на въпросника за учители	55
4.5.4. Съображения при приложението	56
4.5.5. Предимства на интегрирания подход (родители + учители).....	56
4.5.6. Ограничения и бъдещи насоки за развитие	57
4.6. Въпросник за самооценка: допълнение към скрининга за родители ...	58
4.6.1. Описание и значение на въпросника за самооценка при деца (7–11 г.)	58
4.6.2. Цели на въпросника	58
4.6.3. Инструкции за използване на въпросника от възрастен (родител, учител или специалист)	59
4.6.4. Интерпретация на резултатите.....	60

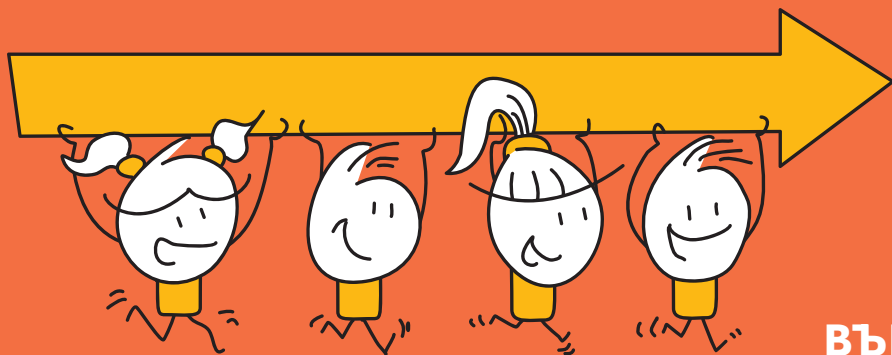
5. Значение на интегрирания подход при скрининга за СДВХ..... 61

5.1. Основни предимства.....	61
5.2. Ограничения на интегрирания подход при скрининг за СДВХ.....	62

Приложения..... 64

Приложение 1. Скрининг тест за родители за оценка на прояви, свързани със СДВХ при деца на възраст 7–11 години	65
Приложение 2. Скрининг тест за учители за оценка на прояви, свързани със СДВХ при ученици на възраст 7–11 години	72
Приложение 3. Скрининг тест за ученици за оценка на прояви, свързани със СДВХ при ученици на възраст 7–11 години	80

Литература	86
------------------	----



ВЪВЕДЕНИЕ

Разработването на методическа рамка за оценяване с въпросник, предназначен за родители на деца на възраст от 7 до 11 години с прояви на Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ), е от ключово значение за задълбоченото разбиране на родителските потребности и оценяване на въздействието на състоянието върху семейната динамика. Въпросникът е прецизно адаптиран, за да отразява специфичния профил на родителите, като оценява не само основните симптоми на СДВХ, но и съпътстващите психологически аспекти, които могат да окажат влияние върху функционирането на семейството. Изследванията показват, че значителен дял от родителите съобщават за неудовлетворени потребности, които пряко рефлектират върху семейната динамика. Наличието на коморбидни психични затруднения при децата допълнително налага необходимостта от специално внимание и адекватни ресурси (Bennett et al., 2021), което представлява съществен компонент при валидирането и апробирането на подобен инструмент.

В контекста на образователната и социалната среда разбирането и навременното идентифициране на СДВХ са критични за децата между 7 и 11 години. Тази възрастова група деца е особено уязвима по отношение на основните маркери на състоянието – трайна липса на внимание, хиперактивност и импулсивност. Научни данни сочат нарастване на разпространението на СДВХ сред детската популация, като изследванията предоставят емпирични доказателства за тази тревожна тенденция през последните години (Salari et al., 2023).

Проследяването на епидемиологичните данни е съществено за подобряването на диагностичните процедури и методологиите за оценка. В този смисъл разработката на стандартизирани въпросници, предназначени за родители, е ценен подход за улесняване на по-ранната идентификация и планирането на адекватни интервенции. Оценката на разпространението и динамиката на СДВХ сред децата и учениците в българската образователна система обаче е затруднена поради липсата на единни критерии за класифициране и ограничените данни от медицински оценки на деца с това състояние. То често бива неспецифично обозначавано като „обучителни затруднения“. Липсата на ясно дефиниране и идентифициране на тези деца и ученици в България обосновава неотложната необходимост от разработването на специализиран въпросник за целенасочен скрининг и оценка.

Разбирането на симптомите на СДВХ е комплексен процес, в който родителското мнение играе ключова роля. Родителите предоставят уникален поглед върху всекидневното и поведението на децата си, което е от съществено значение за точната диагностика и интервенция. Качественият анализ на техните наблюдения може да попълни значителни информационни пропуски, свързани с индивидуалните различия и контекстуалните фактори, които влияят на симптомите на СДВХ. Настоящата методология за оценка с въпросник се основава на родителския опит, за да се подобри ефективността на терапевтичните подходи и да се разшири знанието относно това затруднение. В допълнение, взаимодействието между родителите и специалистите може да доведе до по-добро разбиране на условията, в които се проявяват симптомите, и да допринесе за дългосрочните стратегии за допълнителна подкрепа за личностно развитие в условията на приобщаващо образование.



1 ЗНАЧИМОСТ НА СКРИНИНГОВИЯ ВЪПРОСНИК ЗА СИНДРОМА НА ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО И ХИПЕРАКТИВНОСТ ПРИ ДЕЦА НА ВЪЗРАСТ МЕЖДУ 7 И 11 ГОДИНИ

Оценката на методологията, използвана при разработването и прилагането на скринингов въпросник за Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ) при деца на възраст между 7 и 11 години, притежава решаващо значение за постигането на адекватно идентифициране и прецизно разбиране на специфичните маркери на състоянието. Чрез провеждането на систематичен и задълбочен анализ на целта, дизайна и структурата на въпросника става възможно не само да се оцени неговата валидност и надеждност, но и да се дефинират ясно областите, в които родителите изпитват затруднения и имат потребност от допълнителна подкрепа. Този процес е от фундаментално значение, особено в условията на нарастващите глобални предизвикателства, свързани с психичното здраве при децата в посочената възрастова група, като СДВХ е едно от най-често срещаните невроразвитийни нарушения, оказващо съществено влияние върху функционирането на детето и семейната динамика (Samji et al., 2021). Ефективният скринингов инструмент, базиран на строго оценена методология, позволява по-ранно разпознаване на индикации за СДВХ, което е предпоставка за своевременно насочване към специализирана оценка и интервенция. Това от своя страна допринася за подобряване на академичното представяне, социалните умения и общото благополучие на децата. Надеждността и ефективността на събраната информация зависят до голяма степен от методите, чрез които въпросникът достига до целевата група, и от отчитането на контекстуалните фактори, които могат да повлияят на родителските

оценки. Интегрирането във въпросника на ключови аспекти относно околната среда и условията на развитие може да послужи като важен инструмент за разбиране на динамиката на СДВХ и влиянието му в семейния контекст.

Критичният анализ и методологичната оценка са предпоставки за осигуряване на **валидни и надеждни резултати** при изследването на специфичните симптоми на СДВХ при деца в училищна възраст. Валидността гарантира, че инструментът действително измерва това, за което е предназначен (например проявите на невнимание и хиперактивност/импулсивност съгласно диагностичните критерии), докато надеждността осигурява последователност и повторяемост на резултатите при повторни измервания или от различни оценяващи (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014). Идентифицирането на потенциални **слабости и ограничения** в методологията на въпросника е от съществено значение, тъй като те могат пряко да повлияят върху ефективността на последващите психосоциални интервенции, насочени към подобряване на състоянието и функционирането на децата със СДВХ (DuPaul et al., 2016). Неадекватната оценка може да доведе до неправилно насочване или неефективни стратегии за подкрепа.

Важно е да се отбележи, че **управлението на маркерите** при СДВХ представлява комплексно предизвикателство дори при работа със специфични или клинични популации. Разнообразието в проявите на симптомите, наличието на коморбидни състояния и индивидуалните

Адекватната оценка на методологията на използвания скринингов инструмент не само повишава качеството на събраните данни, но и минимизира риска от погрешни интерпретации.

различия в отговора към интервенции изискват прецизни методи за оценка (Стойчева & Атанасова, 2017). Следователно адекватната оценка на методологията на използвания скринингов инструмент не само **повишава качеството на събраните данни, но и минимизира риска от погрешни интерпретации**. Това е от критично значение както за **научната общност**, която се стреми към акумулиране на точно и приложимо знание за СДВХ, така и за **клиничната практика**, където прецизната

оценка е в основата на диференцираната диагностика и планирането на адекватни терапевтични и образователни стратегии. За по-ясно осмисляне на сложните взаимоотношения и процеси, свързани с оценката на методологията в научния контекст, визуализацията на ключови концепции може да бъде ефективно помощно средство.

Проучването на СДВХ изисква прилагането на **интегриран** подход, който холистично разглежда както индивидуалните симптоми, така и **контекста**, в който те се проявяват. Това включва анализ на функционирането на детето в различни среди – семейна, училищна и социална. Разработването на **стабилна теоретична рамка за оценка** следва да интегрира влиянието на **родителското възприятие** върху наблюдението и докладването на симптомите, както и да идентифицира потенциалните **интервенции**, които са най-подходящи за подпомагане на деца във възрастта 7–11 години. Родителските доклади предоставят уникална информация за всекидневното поведение на детето и неговите предизвикателства извън клиничната или училищната среда, което е незаменимо за пълната картина (Deault, 2010). Съществен елемент от интегрирания подход е акцентът върху връзката между симптомите на СДВХ и **социалните фактори** като взаимоотношения с връстниците, семейна подкрепа и характеристики на училищната среда (Дамянов, Кисьова, 2023). Тази връзка е добре документирана в емпирични изследвания и има съществено влияние върху проявата и тежестта на симптомите, както и върху дългосрочното развитие на детето (Storebø et al., 2018). Визуализация, илюстрираща динамичното взаимодействие между индивидуалното развитие, средата и условията, може значително да допринесе за по-дълбокото разбиране на комплексната етиология и проява на СДВХ. **Обменът на знания и опит** между експерти в областта на детското психично здраве, клиничната психология и специалната педагогика, съчетан с критичен анализ на натрупаните данни и съществуващите **национални и международни ръководства за оценка**, е основополагащ за разработването на надеждни и приложими диагностични и скринингови инструменти, което допълнително обосновава необходимостта от прецизна методология, каквато е представена тук.

Признаването на различията в диагностичните критерии за СДВХ е съществено за ефективната оценка на деца и ученици с предполагаеми прояви на състоянието. **Специално внимание трябва да бъде**

обърнато на методологията за оценка на родителските отговори, тъй като те представляват основа за обективно диагностициране и планиране на последващи интервенции. Наблюдава се, че настоящите критерии в медицинската практика често водят до неясноти сред специалистите, което затруднява точното идентифициране на СДВХ при деца. Експертни мнения подчертават необходимостта от стандартизирана оценка на симптомите на СДВХ за подобряване на способността на родителите да докладват прецизно поведението на своите деца.

Сравнителна визуализация на диагностичните критерии, представени в DSM-5 и МКБ-11, може да повиши осведомеността на родителите и е важен елемент за интегриране в анализ на диагностичния процес.

Таблица 1. Сравнение на диагностичните критерии за СДВХ според DSM-5 и МКБ-11

Критерий	DSM-5	МКБ-11
Брой симптоми за диагноза при деца	Поне 6 от 9 симптома на невнимание или хиперактивност-импулсивност	Не е посочен конкретен брой симптоми.
Брой симптоми за диагноза при възрастни	Поне 5 от 9 симптома на невнимание или хиперактивност-импулсивност	Не е посочен конкретен брой симптоми.
Възраст на поява на симптомите	Преди 12-годишна възраст	Не е посочена конкретна възраст
Продължителност на симптомите	Поне 6 месеца	Не е посочена конкретна продължителност
Изискване за проявление в различни среди	Симптомите трябва да се проявяват в поне две различни среди (напр. у дома, в училище, на работа).	Не е посочено изискване за различни среди.
Категоризация на подтипове	Три представяния: предимно невнимателно, предимно хиперактивно-импулсивно, комбинирано	Три подтипа: предимно невнимателно (6A05.0), предимно хиперактивно-импулсивно (6A05.1), комбинирано (6A05.2)

Настоящата съпоставка между диагностичните критерии в двете класификации ясно показва, че DSM-5 предоставя по-точни критерии за определяне на СДВХ и това е послужило и взето под внимание при разработването на настоящата методика.

Идентифицирането и оценката са ключови за създаване на подходяща среда и осигуряване на нужната подкрепа за децата и учениците.

Много изследвания подчертават връзката между трудности, свързани със СДВХ, и личностните особености на децата, както и влиянието на заобикалящата среда. Използва се Международната класификация на функционирането, уврежданията и здравето (ICF; СЗО 2001) за определяне на различни проблеми с функционирането и участието, които оказват влияние върху академичното функциониране на децата и учениците със СДВХ.

Таблица 2. Синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност през призмата на международната класификация за функционирането на човека, уврежданията и здравето на деца и юноши (МКФУЗ-ДЮ)

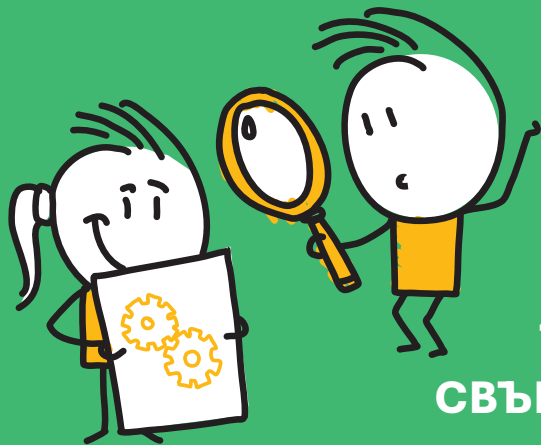
Категория	Проявления
Функциите и структурите на организма	Екзекутивни функции Сензорна преработка Работна памет Внимание, скорост на преработката на информацията Самоконтрол Управление на изпълнението/изпълнителен контрол Импулсивност Хиперактивност Сън и събуждане навреме

Категория	Проявления
Дейност	Преувеличени поведенчески или емоционални реакции към сензорни стимули Изглежда не слуша, когато му се говори директно, пропуска инструкции Нуждае се от повече подкани, преди да започне работа Затруднение при отделянето на голямо внимание на детайлите или прави невнимателни грешки Затруднено поддържане на вниманието при задачи или игрови дейности Трудности при запомняне на инструкции, не следва инструкциите Не успява да завърши задачите Трудност при организиране на дейности Губи неща, необходими за дейностите Забравяне в ежедневиите дейности Проблеми за прилагане на няколко стъпки към задача или планова работа Мърда с или потупва ръце или крака Напуска мястото си в ситуации, когато се очаква да остане сигнал Тича наоколо или се катери в ситуации, в които е неприемливо Говори прекомерно Трудности при регулиране на енергийното ниво към изискванията на ситуацията (твърде шумен/активен, когато се изисква тишина, твърде бавен, когато са необходими бързи реакции) Затруднено изчакване на своя ред Прекъсва или се натрапва на другите Почти не използва обратна връзка за коригиране на грешки Трудности в управлението на времето, напр. планиране на работни дейности, подготовка

Категория	Проявления
Участие	Повишен риск от повтаряне на класа Неуспехи в училище Проблеми със самочувствието Проблеми с взаимоотношенията Самонараняване Социално нежелателно поведение Отхвърляне
Фактори на околната среда	Подкрепа от родители, учители и терапевти Отношение на ръководството на училището/учителите към приобщаването Училищни правила, системи за подпомагане, мултидисциплинарни екипи Управление на класната стая, качество на преподаване Връзка дете/юноша – учител, дете/юноша – връстници Климатът в класа, социална интеграция Личност на учителя Обратна връзка/реакция на учителя (на проблем и целево поведение)
Лични фактори	Пол Възраст Социално-икономически статус Опит/травма Мотивация

Международната класификация за функционирането на човека, уврежданията и здравето на деца и юноши (МКФУЗ) дава възможност да се разбере по-добре контекстът, в който възникват симптомите на синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ).

Чрез изследване на различни фактори като среда, рутина и социални ситуации могат да се определят дали дадени бариери или стресови фактори допринасят за проблемите с поведението на детето. Това разбиране може да ръководи разработването на стратегии за справяне, насочени към основните причини за предизвикателното поведение и трудностите в обучителния процес. МКФУЗ ни дава поглед върху това как външните фактори и средата могат да се отразят на функционирането на учениците със СДВХ (Ангелова, 2024).



ТЕОРЕТИЧНИ МОДЕЛИ, СВЪРЗАНИ С ВЪПРОСНИКА

В контекста на оценката с въпросника за родители на деца на възраст от 7 до 11 години с маркери на СДВХ е от изключителна важност да се разкрият теоретичните модели, които ръководят процеса на неговия дизайн. Използването на модели, основани на персонализация на откритите данни, позволява на изследователите да адаптират въпросника спрямо специфичните нужди на целевата аудитория, което води до по-точни и надеждни резултати.

2.1. Биопсихосоциален модел на СДВХ

Съвременните научни концепции разглеждат Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ) като комплексно невроразвитийно разстройство с многофакторна етиология, която съчетава генетични, неврологични, психологически и социални компоненти. Биопсихосоциалният подход предлага интегративна рамка за разбиране на СДВХ, която отчита взаимодействието между биологичните предразположения, психологическите процеси и социалната среда. Barkley (2018) аргументира, че дисфункцията в изпълнителните функции представлява основна характеристика на СДВХ, като включва нарушения в инхибиторния контрол, работната памет, саморегулацията и планирането. Матанова (2016) посочва, че при деца със СДВХ ексекутивните функции често са засегнати. Това включва трудности с контрол

на импулси и емоции, гъвкав мисловен процес, поддържане на работна памет, способност за организиране, планиране, приоритизиране и фокусиране върху задачите – Всичко това води до проблеми с изпълнението на всекидневни дейности.

Изследванията демонстрират, че неблагоприятните социални обстоятелства оказват значително влияние върху психичното здраве на децата и могат да повлияят на тяхното поведение. Според метаанализ на Mulraney et al. социално-икономическият статус корелира с тежестта на симптомите на СДВХ и ефективността на интервенциите, което подчертава значимостта на контекстуалните фактори при оценката на разстройството. Това означава, че фактори като семейна среда, икономически условия и достъп до ресурси играят важна роля в проявата и управлението на СДВХ. Разбирането на тези взаимодействия е ключово за разработването на ефективни и персонализирани стратегии за подкрепа.



Пример от практиката за биопсихосоциалния модел на СДВХ

Ученичка на 8 години, на име Анна, което изпитва трудности в училище – не успява да се концентрира в час, често прекъсва учителя и съучениците си, и има проблеми с организирането на домашните си работи.

- **Биологичен компонент:** След консултация с детски невролог и психолог, става ясно, че Анна има фамилен анамнез за СДВХ (генетично предразположение). Невропсихологичната оценка показва, че тя има затруднения с изпълнителните функции, като работна памет и инхибиторен контрол.
- **Психологичен компонент:** Анна често изпитва фрустрация и тревожност поради трудностите си да се справи с училищните задачи. Тя започва да развива ниска самооценка, тъй като често получава негативна обратна връзка за поведението си.

➤ **Социален компонент:** Родителите на Анна, поради липса на достъпно информация за СДВХ, първоначално реагират с наказания и критики, което засилва тревожността и съпротивителното ѝ поведение. Училищната среда, с големия брой ученици и традиционния метод на преподаване, също не е адаптирана към нейните специфични нужди, което допълнително утежнява проблемите ѝ с вниманието и хиперактивността. Освен това, ниският социално-икономически статус на семейството ограничава достъпа им до специализирани терапевтични услуги и подкрепящи програми.

Този пример илюстрира как биологични, психологически и социални фактори взаимодействат помежду си, за да формират цялостната картина на СДВХ при Анна, подчертавайки необходимостта от комплексен и индивидуализиран подход в интервенцията.

2.2. Транзакционен модел на развитието

Транзакционният модел, разработен от Sameroff (2009) и доразвит от Nigg et al. специално за СДВХ, представя динамичното взаимодействие между детето и неговата среда като двупосочен процес. Този модел подчертава, че поведенческите прояви на СДВХ не са просто следствие от невробιологични дефицити, а резултат от сложни интеракции между индивидуалните характеристики на детето и отговорите на средата, включително родителските практики и образователната система. Тоест, развитието на детето със СДВХ не е линеен процес, а постоянно взаимно влияние между вродените предразположения на детето (напр. темперамент, когнитивни стилове) и заобикалящата го среда (напр. стил на родителстване, качество на училищното обучение, социални взаимодействия). Например, дете с вродена склонност към по-висока активност може да предизвика определени реакции от родителите или учителите, които от своя страна могат да засилят или смекчат проявите на СДВХ.

Reid и Johnson (2023) установяват, че родителските възприятия за симптомите на СДВХ на техните деца се влияят не само от обективните поведенчески прояви, но и от техните собствени когнитивни схеми, образователно ниво и културни убеждения относно развитието на детето. Това налага въпросниците за родители да бъдат конструирани с отчитане на тези субективни фактори. Това означава, че е важно да се включват въпроси, които дават възможност на родителите да изразят своите наблюдения по начин, който отразява тяхната уникална перспектива и разбиране за поведението на детето, а не само да се фокусират върху списък с конкретни симптоми. Отчитането на тези субективни фактори повишава валидността и приложимостта на оценъчните инструменти.



Пример от практиката за транзакционния модел на развитие

Представете си дете на 9 години, на име Мартин, което е диагностицирано със СДВХ. Мартин има висока енергия и склонност към импулсивни реакции, което е част от неговите Вродени характеристики.

➤ **Взаимодействие с родителите:** В началото, родителите на Мартин, изтощени от неговата постоянна активност и предизвикателно поведение, реагират с повече строгост и постоянни забрани. Тази реакция обаче не намалява, а по-скоро засилва съпротивителното поведение на Мартин, създавайки цикъл на негативни интеракции. Мартин се чувства неразбран, а родителите му – безсилни. Когато родителите участват в обучителни програми за поведенчески техники и започват да прилагат позитивно подкрепление, те забелязват значително подобрение в поведението на Мартин. В отговор на по-спокойната и подкрепяща среда, Мартин започва да проявява повече самоконтрол и сътрудничество.

➤ **Взаимодействие с образователната система:** В училище, учителката на Мартин, която не е обучена за работа с деца със СДВХ, възприема неговата активност като преднамерено неподчинение. Тя често го наказва, което води до ниска мотивация у Мартин и отказ от участие в учебния процес. Когато ресурсният учител започва да работи с Мартин и предлага на класната ръководителка стратегии като кратки активни почивки и визуални графици, поведението му в клас се подобрява. Учителката започва да разбира, че поведението на Мартин не е злонамерено, а е свързано с неговото състояние, и нейната реакция става по-подкрепяща.

В този пример се вижда как Вродените характеристики на Мартин (Висока активност, импулсивност) взаимодействат с реакциите на неговата среда (родителски практики, училищна среда). Когато тези интеракции са негативни, симптомите на СДВХ се засилват. Но когато средата се адаптира и отговаря на нуждите на детето по позитивен и подкрепящ начин, поведението на Мартин се променя към по-добро, демонстрирайки динамичния и дву-посочен характер на развитието според транзакционния модел.

2.3. Екологичен системен модел на Бронфенбрер

Теорията на Бронфенбрер (Bronfenbrenner & Morris, 2006) за екологичните системи предоставя ценна рамка за разбиране на СДВХ в контекста на различните системни нива, които влияят върху развитието на детето.

Този модел разглежда взаимовръзката между микросистемата (непосредствената среда на детето – семейство, училище), мезосистемата (взаимодействията между различните микросистеми), екзосистемата (външни фактори, които индиректно влияят на детето) и макросистемата (културни вярвания и ценности).

Изследване на Chen et al. (2022) показва, че инструментите за оценка на СДВХ, които интегрират екологичния подход, предоставят по-цялостна картина на функционирането на детето в различни контексти. Тези автори отбелязват, че **родителските въпросници, които оценяват поведението на детето в разнообразни ситуации (у дома, в училище, социални взаимодействия), показват по-висока валидност от тези, които разглеждат симптомите изолирано.**

Според Боянова и Станкова (2005), когато симптомите на хиперактивност и дефицит на вниманието се проявяват за първи път, след като детето вече е тръгнало на училище (на възраст 6–7+ години), е много вероятно да не става дума за типичен СДВХ, а за придобитото състояние — резултат от въздействието на външни фактори поради особеността, свързана с проявяването на симптоми спрямо ситуацията.



Пример от практиката за екологичния системен модел на Бронфенбренер

Представете си 7-годишно момче на име Никола, което показва симптоми на невнимание и хиперактивност в училище, но не толкова изявиени у дома.

- **Микросистема (непосредствена среда):** В училище Никола трудно се концентрира по време на уроците, често се разсейва от съученици и външни шумове, и не успява да завърши задачите си. Учителката му го описва като „непослушен“ и „несъобразителен“. У дома обаче, където средата е по-структурирана, с по-малко разсейващи фактори и индивидуално внимание от страна на родителите, симптомите му са по-слабо изразени.
- **Мезосистема (взаимодействия между микросистемите):** Комуникацията между родителите на Никола и учителката е затруднена. Учителката смята, че родителите не полагат

достатъчно усилия у дома, а родителите смятат, че учителката не разбира спецификата на поведението му. Тази липса на сътрудничество пречи на изграждането на единен подход за подкрепа на Никола. Когато училищният психолог посредничи и организира среща, на която се обсъждат конкретни стратегии за действие както в училище, така и у дома, се забелязва подобрение в поведението на Никола и в академичното му представяне.

➤ **Екзосистема (външни фактори с индиректно влияние):** Бащата на Никола е командировка в чужбина за дълъг период от време, което води до повишен стрес у майката, отразяващ се на цялостната семейна атмосфера. Това индиректно влияе върху емоционалното състояние на Никола и може да засили проявите на невнимание и хиперактивност. Липсата на достатъчно гържавно финансиране за приобщаващо образование също ограничава достъпа до ресурсен учител или други специалисти, които биха могли да окажат пряка подкрепа в училище.

➤ **Макросистема (културни вярвания и ценности):** В българското общество, където се намира Никола, съществуват определени стереотипи и предразсъдъци относно децата със СДВХ, което може да доведе до стигматизация и трудности при интегрирането им. Ако културните вярвания поставят силен акцент върху дисциплината и тишината в класната стая, поведението на Никола може да бъде възприето като особено проблемно, дори ако в друга култура би било по-толирирано.

Този пример показва как различните нива на екологичната система на Бронфенбренер си взаимодействат и влияят върху проявите на СДВХ при Никола, подчертавайки необходимостта от цялостен подход, който отчита всички тези фактори.

2.4. Интегративен модел за технологична експозиция

Присъствието на технологии, несъобразени с нуждите на деца със СДВХ, често затруднява целите на изследването и може да засили стереотипите, свързани с нарушенията. Това е особено критично в съвременната дигитална ера, където децата са изложени на разнообразни технологични стимули от най-ранна възраст. Неадаптираните технологични инструменти или прекомерната експозиция могат да влошат съществуващи дефицити във вниманието и импулсивността, вместо да предоставят подкрепа. В отговор на това Хиа и колеги (2024) разработват интегративен модел за изследване на технологичната експозиция при деца с невроразвитийни разстройства, който отчита както положителните, така и отрицателните ефекти на дигиталните медии върху когнитивното и социалното функциониране. Този модел признава, че технологията не е еднозначно „добра“ или „лоша“, а нейното въздействие зависи от множество фактори, включително типа на използваната технология, продължителността на експозицията, възрастта на детето и индивидуалните му характеристики.

Този модел подчертава необходимостта от това въпросниците за родители да включват аспекти, свързани с достъпа на децата до технологии, времето, прекарано пред екран, и качеството на технологичните интеракции. Например, въпроси относно дали детето използва технологии за образователни цели, за забавление, или за социална комуникация, могат да дават ценна информация за въздействието. Освен това, важно е да се изследва дали технологичното използване е структурирано и под надзор, или е неограничено и хаотично. Нови лонгитудинални данни от Rodríguez-Puertas и Machimbarrena (2024) показват, че специфични модели на технологично използване могат да модулират изявата на симптомите на СДВХ при деца в начална училищна възраст. Това предполага, че не просто времето пред екрана, а как децата използват технологиите, е от значение. Например, интерактивни образователни приложения могат да имат различен ефект върху вниманието и когнитивните функции в сравнение с пасивното гледане на видеа. Включването на

тези аспекти във въпросниците ще позволи по-прецизна оценка на връзката между технологичната експозиция и симптомите на СДВХ, което е от съществено значение за разработване на персонализирани стратегии за интервенция.



Пример от практиката за интегративен модел за технологична експозиция

Представете си 10-годишно момче на име Георги, което е диагностицирано със СДВХ. Родителите му забелязват, че симптомите на невнимание и импулсивност варират значително в зависимост от използването на технологии.

- **Негативно въздействие:** Когато Георги прекарва часове пред екрана, играейки бързи видеоигри с интензивна стимулация, родителите му отбелязват влошаване на концентрацията му в ежедневието. Той става по-раздразнителен, трудно му е да се съсредоточи върху домашните си и често прекъсва разговори. В този случай, нерегламентираното и прекомерно използване на развлекателни технологии засилва негативните прояви на СДВХ.
- **Положително въздействие:** От друга страна, когато Георги използва образователни приложения или интерактивни програми, които са специално създадени за деца със СДВХ (напр. приложения за подобряване на работната памет или за трениране на вниманието), родителите му забелязват подобрене. Той е по-ангажиран, успява да се задържи върху задачата за по-дълго време и демонстрира по-добър самоконтрол. Тук технологията, адаптирана към нуждите му, действа като подкрепящо средство.

- **Качество на технологичните интеракции:** Важно е също така да се отбележи качеството на технологичните интеракции. Ако Георги използва таблета си, за да комуникира с приятели чрез структурирани видеоразговори или да работи по училищен проект онлайн, това може да допринесе за развитието на социални умения и организационни способности, въпреки основното му състояние. За разлика от това, пасивното гледане на безкрайни видеа може да не предоставя никаква когнитивна полза и дори да влоши симптомите.

Този пример илюстрира как интегративният модел за технологична експозиция помага да се разбере, че не всички технологии са еднакви и не всички модели на използване имат еднакво въздействие. Вместо да се забраняват технологиите изцяло, фокусът е върху как те се използват и дали те са съобразени с индивидуалните нужди на детето със СДВХ, което е от решаващо значение за ефективните интервенции.

2.5. Модел на културна компетентност и дименсионална оценка

Успехът на валидността често зависи от възприеманата културна среда, в която родителите оперират, а културни фактори могат да окажат влияние върху възприятията за времето за отглеждане и методи на обгрижване (Jannat-Alipoor et al., 2017). В разширение на тази идея Thompson-Portillo и Matson (2022) подчертават необходимостта от културно чувствителни инструменти за оценка на СДВХ, които да отчитат различията в нормативните очаквания за детското поведение в различните култури. Това е от съществено значение, тъй като културните норми могат значително да повлияят върху това как родителите възприемат и докладват поведението на своите деца, което от своя страна влияе върху точността на скрининга и диагностиката. Например, това, което в една култура може да се счита за нормална енергичност, в друга може да бъде възприето като хиперактивност.

Изследване на Vasconcelos et al. сочи, че въпросниците за СДВХ, разработени в западни държави, могат да показват различни психометрични свойства, когато се прилагат в незападен контекст, което поставя под въпрос тяхната крос-културна валидност. Тези автори подчертават необходимостта от адаптиране на инструментите с отчитане на локалните норми и вярвания. Това включва не само езикова адаптация, но и преработка на въпросите, така че да отразяват културно специфични ситуации и поведения, които са релевантни за целевата популация. Без такава адаптация съществува риск от подвеждащи резултати, които не отразяват адекватно проявите на СДВХ в даден културен контекст.

В съответствие с преминаването от категориален към дименсионален подход в психопатологията Нутан (2021) предлага модел на дименсионална оценка на СДВХ, който разглежда симптомите като континуум, а не като дихотомни категории. Този подход отразява съвременното разбиране за невроразвитийните разстройства като част от спектър с различни степени на изразеност. Вместо да се категоризира детето като „имащо СДВХ“ или „нямащо СДВХ“, дименсионалният подход позволява по-нюансирана оценка на тежестта и честотата на отделните симптоми. Това е особено важно, тъй като симптомите на СДВХ могат да варират значително по интензитет и въздействие върху ежедневието.

Неотдавнашно изследване на Cortese и колеги (2024) показва, че дименсионалните инструменти за оценка на СДВХ имат по-висока чувствителност към промени в симптомите с течение на времето и по-добре улавят хетерогенността на клиничната презентация. Този подход предполага, че въпросниците за родители трябва да включват скали, които оценяват интензитета и честотата на поведението, а не само тяхното наличие или отсъствие. Например, вместо просто да се пита „Детето Ви разсейва ли се лесно?“, може да се попита „Колко често детето Ви се разсейва лесно от външни стимули?“ с отговори от „никога“ до „много често“. Това дава по-детайлна информация за проявите на симптомите и позволява по-прецизно проследяване на промените във времето, както и оценка на ефекта от интервенциите.

2.6. Въздействия върху валидността на въпросника

В контекста на валидността на въпросника за родители на деца със СДВХ последиците от теоретичните рамки, обработващи данните, играят ключова роля в интерпретацията на събраната информация.



Неправилно приложените рамки могат да доведат до изкривяване на резултатите, като по този начин се отразят върху точността на заключенията.

Например в определени изследвания е доказано, че различията в методологията и инструментите за оценка, които се използват, могат да окажат значително влияние върху възприятията на дизайн и валидност (Nascimento et al., 2020).

Според метаанализ на Epstein и колеги (2023) интегрирането на множество теоретични перспективи в дизайна на въпросниците за родители на деца със СДВХ подобрява тяхната конструктивна валидност и прогностична стойност. Авторите препоръчват прилагането на комбиниран подход, който включва елементи от биопсихосоциалния, транзакционния и екологичния модел.

Допълнително обширно проучване на Zhang и Wang (2024) установява, че въпросниците, базирани на дименсионални и контекстуално чувствителни модели, показват по-висока прогностична валидност относно академичните и социалните резултати на децата със СДВХ в сравнение с традиционните категориални инструменти.



Интегрирането на съвременни теоретични модели в дизайна на въпросника за родители на деца с маркери на СДВХ е фундаментално за осигуряването на неговата психометрична стабилност и клинична полезност.

Биопсихосоциалният, транзакционният, екологичният, технологичният и културно-компетентният модел предоставят комплементарни перспективи, които обогатяват концептуалната основа на инструмента и подобряват неговата валидност в различни контексти. **Съвременните научни доказателства подкрепят необходимостта от мултидименсионална, контекстуално-чувствителна оценка, която отчита комплексните взаимодействия между индивидуалните характеристики на детето и мястото му в социалния контекст.**



ДИЗАЙН И СТРУКТУРА НА ВЪПРОСНИКА

Конструирането на скринингов въпросник за родители, идентифициращ Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност СДВХ при деца на възраст 7–11 години, е сложен процес, който изисква внимателно обмисляне на дизайна и структурата му. Разработването на ефективен инструмент за ранно разпознаване на маркерите на СДВХ предполага интегриране на актуални научни познания с практическа приложимост във всекидневието на родителите и специалистите.

3.1. Теоретична рамка и основни принципи

Създаденият скрининг тест за родители за оценка на прояви, свързани със СДВХ при деца на възраст 7–11 години, се основава на съвременното разбиране за това невроразвитийно разстройство. Структурирането на въпросите е извършено в съответствие с диагностичните критерии за СДВХ, като същевременно е съобразено с възрастовите особености на целевата група.

Въпросникът следва биопсихосоциалния модел, който разглежда СДВХ като комплексно състояние с множество фактори, влияещи върху неговото проявление и въздействие върху функционирането на детето (Faraone et al., 2021). Подобен подход позволява по-цялостна оценка, включваща различни контексти и среди, в които детето функционира – у дома, в училище, при социални взаимодействия и свободно време.

3.2. Структура и организация на въпросника

Прегледът на приложения въпросник показва ясно очертана гвуконпонентна структура, която отразява основните клинични дименсии на СДВХ:

Част 1: Прояви на невнимание – Включва 9 въпроса (1–9), фокусира-ни върху различни проявления на невнимание, като например:

- трудности с фокусирането върху детайли;
- проблеми със задържане на вниманието;
- разсеяност и забравяне;
- трудности с организацията и структурирането на дейности.

Част 2: Прояви на хиперактивност и импулсивност – Включва 9 въпроса (10–18), които изследват:

- гвизателна хиперактивност (напр. мърдане, невъзможност да стои на място);
- прекомерна активност (тичане, катерене);
- импулсивно поведение (прекъсване, трудности с изчакването);
- говорна свръхактивност.

Тази структура директно съответства на диагностичните критерии за СДВХ, осигурявайки клинична валидност на инструмента и позволявайки идентифицирането на различните подтипове на разстройството: предимно с невнимание, предимно с хиперактивност/импулсивност или комбиниран тип.

3.3. Оценъчна скала

Въпросникът използва 4-степенна Ликертова скала за отчитане на честотата на наблюдаваните поведения:

- 0 – никога или много рядко;**
- 1 – понякога;**
- 2 – често;**
- 3 – много често.**

Този скала позволява количествена оценка на симптомите, като същевременно отразява дименсионалния характер на проявите на СДВХ (Нутан, 2021). Въпреки че при клиничната диагностика СДВХ се определя категорично (наличие или отсъствие на диагноза), съвременните изследвания показват, че симптомите съществуват по континуум в общата популация, което прави дименсионалния подход по-прецизен (Cortese et al., 2024).

3.4. Времева рамка на оценката

Важен методологичен аспект на въпросника е ясното обозначаване на времевата рамка за оценка – последните **6 месеца**. Това съответства на диагностичните критерии за СДВХ и позволява отчитането на устойчиви поведенчески модели, а не на временни прояви, които могат да бъдат резултат от ситуационни фактори.

3.5. Ключови аспекти на дизайна

3.5.1. Ясноста и достъпност на езика

Езиковото оформление на въпросника е съобразено специално с нуждите на родителите. Използваният език е достъпен, ясен и свободен от специализирана терминология, която би могла да създаде объркване или погрешно тълкуване. Въпросите са формулирани конкретно и са илюстрирани с примери от всекидневие, което ще улесни родителите при идентифицирането на съответните поведения при техните деца.

Например, вместо да се използва абстрактният термин „дефицит на внимание“, въпрос 1 конкретизира: „Случва ли се детето Ви да прави грешки по невнимание в училищни задачи, домашни дейности, други занимания или да не обръща внимание на детайлите?“. По подобен начин въпрос 7 отчита специфични прояви на разсеяност: „Губи ли неща, необходими за задачи или дейности (напр. ученически пособия, играчки, книги, домашни работи)?“.

Тази яснота и конкретност са от решаващо значение за намаляване на бариерите за комуникация и повишаване на точността на родителските отговори (Pergantis et al., 2025). Особено важно е това за родители с различно образователно ниво или без специализирани познания в областта на детското развитие и психичното здраве.

3.5.2. Екологична валидност

Въпросникът демонстрира **висока екологична валидност**, тъй като инструкциите изрично насочват родителите към оценяване на поведението на детето в различни контексти: „у дома, в училище, при извънкласни дейности, при игра“. Този подход е в съответствие с екологичния системен модел на Бронфенбрнер, който подчертава значението на различните социални контексти за детското развитие и функциониране (Bronfenbrenner & Morris, 2006).



Разглеждането на поведението в множество среди повишава валидността на оценката, тъй като някои симптоми на СДВХ могат да се проявяват различно в зависимост от контекста.

Например дете може да показва по-малко хиперактивност в структурирана класна стая, но значително повече при игра или у дома. Както отбелязват Chen и колеги (2022), инструментите за оценка на СДВХ, които интегрират екологичния подход, предоставят по-цялостна картина на функционирането на детето.

3.5.3. Интерпретация и проследяване

Особено ценен аспект на дизайна на въпросника е включването на подробни инструкции за интерпретация на резултатите. Секцията **„Ключ за интерпретация на резултатите“** предоставя ясни насоки за:

1. Изчисляване на отделни стойности на резултатите за невнимание и хиперактивност/импулсивност.
2. Определяне на броя симптоми, оценени като „често“ или „много често“.

3. Интерпретиране на резултатите според клинично значими прагове (6 или повече симптома в съответната категория).



Този компонент е от изключителна важност за практическата приложимост на инструмента, тъй като позволява на родителите и специалистите да тълкуват резултатите в клинично значим контекст.

Подобен подход е в съответствие с епидемиологичните изследвания, които показват, че 6 или повече симптома от съответната категория представляват клинично значим праг (Faraone et al., 2021).

3.6. Клинична и практическа полезност

3.6.1. Предпазни мерки и етични съображения

Въпросникът включва важни насоки и уточнения, които подчертават неговата роля като **скринингов инструмент, а не като диагностичен тест**. Разделът „Важно уточнение относно интерпретацията“ изрично посочва, че „Висок резултат на този скринингов тест не означава, че детето Ви със сигурност има СДВХ!“. Това предупреждение е от съществено значение за предотвратяване на погрешни заключения и необоснована тревожност у родителите.



Още в началото на въпросника се акцентира, че той „**НЕ замества професионалната медицинска или психологическа оценка и диагностика**“, а в края се предоставят „**Препоръчителни действия**“ с насоки за консултация със специалист при наличие на множество симптоми.

Тези предпазни мерки демонстрират етичен подход към скрининга на СДВХ и съответстват на препоръките за отговорно използване на скринингови инструменти (Mulraney et al., 2023).

3.6.2. Практическа приложимост

Дизайнът на въпросника осигурява висока практическа приложимост, тъй като:

4. Изисква минимално време за попълване (18 въпроса с проста скала за отговор).
5. Предоставя ясни инструкции за попълване и интерпретация.
6. Агресира най-честите и клинично значими прояви на СДВХ при деца в целевата възрастова група.
7. Може да се използва като начална точка за диалог между родители и специалисти.



Тези характеристики правят инструмента особено подходящ за прилагане в различни среди – от образователни институции до здравни заведения и кабинети за психично здраве.

Същевременно дизайнът позволява въпросникът да служи като средство за ранно идентифициране на потенциални проблеми, което е от ключово значение за **своевременната интервенция**.

3.7. Интегриране на технологични аспекти

В съвременната дигитална ера технологичната експозиция и използването на екрани оказват значително влияние върху детското поведение и развитие. Въпросникът би могъл да бъде обогатен с въпроси, оценяващи взаимодействието между СДВХ симптомите и технологичното използване в съответствие с интегративния модел за технологична експозиция, предложен от Xia и колеги (2024).

Например въпроси като „Как се променя поведението на детето Ви преди и след използване на електронни устройства?“ или „Забелязвате ли промяна в симптомите на невнимание/хиперактивност при различни видове дигитални активности?“ биха предоставили ценна информация за взаимодействието между технологиите и СДВХ симптомите, което е особено релевантно за съвременните терапевтични стратегии.

3.8. Културна адаптация

Въпреки че настоящият въпросник е добре структуриран и клинично валиден, потенциално подобрение представлява културната адаптация на някои от въпросите и примерите. Както отбелязват Thompson-Portillo и Matson (2022), културните фактори оказват значително влияние върху възприятията за нормативно

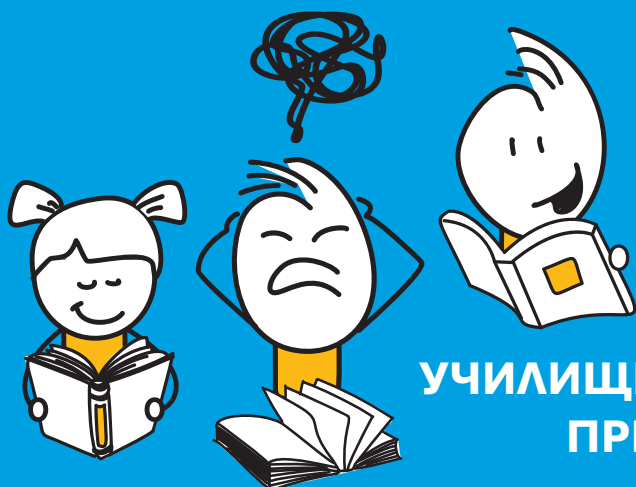
Културните фактори оказват значително влияние върху възприятията за нормативно детско поведение и могат да окажат такова и на интерпретацията на СДВХ симптомите.

детско поведение и могат да окажат такова и на интерпретацията на СДВХ симптомите.

Включването на културно специфични примери и формулировки би повишило културната сензитивност на инструмента и би подобрило неговата валидност в различни културни контексти. Такава адаптация е особено важна в мултикултурни общества, където разбирането за „проблемно“ поведение може да варира значително между различните културни групи.

Анализът на дизайна и структурата на въпросника за скрининг на СДВХ при деца на възраст 7–11 години разкрива внимателно обмислен, научнообоснован и практически приложим инструмент. Двукомпонентната структура, фокусирана върху невниманието и хиперактивността/импулсивността, отразява основните клинични дименсии на СДВХ и позволява идентифицирането на различните подтипове на разстройството.

Ясната и достъпна формулировка на въпросите, конкретните примери от всекидневието и подробните инструкции за интерпретация правят въпросника особено полезен за родители и специалисти. Същевременно етичните предпазни мерки и подчертаването на скрининговата (а не диагностична) природа на инструмента демонстрират отговорен подход към оценката на СДВХ.



ОБУЧЕНИЕ И УЧИЛИЩНО ОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ДЕЦА СЪС СДВХ

Информацията, събрана чрез въпросника за родители, е **ключов елемент за идентифициране на потенциални прояви на Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност при деца на възраст 7–11 години**. Резултатите от този скрининг тест, макар и да не представляват диагноза, могат да послужат като важен индикатор за наличието на поведенчески характеристики, които често оказват значително влияние върху представянето на детето в училищната среда.

Съгласно приложения скрининг инструмент прояви като невнимание (въпроси 1–9), хиперактивност и импулсивност (въпроси 10–18) са систематично оценени и могат да предоставят съществени насоки за разбиране на детското функциониране в образователен контекст. Например въпрос 4 („Детето Ви затруднява ли се да следва инструкции докрай или не успява да завърши училищни задачи, домакински задължения или други дейности...?“) и въпрос 11 („Напуска ли мястото си в ситуации, в които се очаква да остане седнало ...?“) директно се отнасят до поведенчески модели, които могат сериозно да затруднят училищната адаптация и академичното представяне.

Според метаанализ на DuPaul и колеги (2016) децата със СДВХ демонстрират значително по-ниски образователни постижения в сравнение с връстниците си без това разстройство, като разликата е средно 0,71 стандартни отклонения, особено в областите на четене, математика и писане. Същевременно ранната идентификация и прилагането на подходящи образователни интервенции могат значително да подобрят тези резултати (Shephard et al., 2021).

Тази глава има за цел да предостави задълбочена информация относно специфичните нужди на децата със СДВХ в училищна среда, базирани на симптомите, идентифицирани във Въпросника, както и научно обосновани насоки за учители и родители относно подходи за подкрепа и стратегии за справяне.

4.1. Специфични предизвикателства в училищната среда

Децата, които показват значителен брой симптоми в скрининг теста за СДВХ (особено 6 или повече в категориите „невнимание“ и/или „хиперактивност/импулсивност“ с оценка 2 или 3), често се сблъскват със специфични предизвикателства в училищната среда, които могат да повлияят на тяхното академично представяне и социално функциониране.

Децата, които са показали високи стойности по скалата за невнимание (въпроси 1–9 от Въпросника), често срещат следните трудности в училище:

➤ Трудности с концентрацията по време на учебните часове

Симптомите, оценени във въпроси 2 и 3 от скрининга („трудности да задържи вниманието си върху задачи“ и „изглежда така, сякаш не слуша“), се проявяват в класната стая като неспособност децата да следят продължителни обяснения на учителя, да се концентрират върху самостоятелна работа или да се фокусират по време на групови дискусии. Лое и Feldman (2007) отбелязват, че децата със СДВХ улавят средно 42% по-малко информация от представената в клас в сравнение с техните връстници.

➤ Проблеми със следването на инструкции

Въпрос 4 от скрининга директно адресира тази трудност („не следва инструкции докрай“), която в училищния контекст се проявява като неспособност да се изпълнят многостъпкови указания или да се завършат задачи дори когато инструкциите са разбрани първоначално. Изследване на Zhang и Wang (2024) демонстрира, че децата със

СДВХ имат 3,5 пъти по-висок риск от непълно или неточно изпълнение на инструкции в сравнение с техните връстници.

➤ **Затруднения с организирането на задачи и времето**

Въпрос 5 от въпросника („трудности с организирането на задачи и дейности“) е особено релевантен за училищната среда, където от децата се очаква да управляват множество задачи, срокове и материали. Langberg et al. (2013) установяват, че организационните умения са по-силен предиктор за академичните постижения при деца със СДВХ, отколкото самата тежест на основните симптоми.

➤ **Често разсейване от външни стимули**

Оценено във въпрос 8 от скрининга, това поведение е особено проблематично в динамичната класна стая, изпълнена с визуални и слухови гразнителни. Neuroimaging изследвания (невровизуализацията е използването на количествени (изчислителни) техники за изучаване на структурата и функцията на централната нервна система, разработени като обективен начин за научно изучаване на здравия човешки мозък по неинвазивен начин – бел. рег.) на Castellanos и Proal (2021) показват аномалии в невронните мрежи, свързани с вниманието при деца със СДВХ, които корелират с повишена сензитивност към разсейващи стимули.

➤ **Проблеми с работната памет**

Макар да не са директно оценени във въпросника, проблемите с работната памет са често срещано когнитивно затруднение при деца със СДВХ, което влияе на способността им да задържат информация, докато работят с нея. Това засяга области като решаване на математически задачи с няколко стъпки, разбиране на прочетен текст или следване на сложни инструкции (Liu, 2025).

4.1.1. Поведенчески предизвикателства, свързани с хиперактивност и импулсивност

Деца с високи резултати по скалата за хиперактивност и импулсивност (въпроси 10-18) често демонстрират следните поведенчески проблеми:

➤ Импулсивно поведение в клас

Въпроси 16, 17 и 18 от скрининга оценяват импулсивни прояви като „дава отговори, преди въпросите да са завършени“, „трудности да изчака своя ред“ и „прекъсва или се натрапва на другите“. В училищен контекст това води до нарушаване на динамиката на класа, трудности при участие в дискусии и потенциални конфликти с учители и връстници. Анализ на интеракциите в клас, проведен от Rodríguez-Puertas и Machimbarrena (2024), показва, че учениците със СДВХ прекъсват учителя средно 2,8 пъти по-често от техните връстници и имат 3,2 пъти повече импулсивни реакции.

➤ Хиперактивност и необходимост от движение

Оценени във въпроси 10–15, тези поведения („шава с ръце или крака“, „напуска мястото си“, „тича или се катери прекомерно“) създават значителни трудности в традиционната класна стая, където от децата се очаква да са неподвижни за продължителни периоди. Мета-анализ на Smith et al. (2023) демонстрира, че децата със СДВХ извършват средно с 36% повече движения по време на структурирани учебни дейности в сравнение с връстниците си.

➤ Проблеми със саморегулацията

Комбинацията от импулсивност и хиперактивност често води до трудности в саморегулацията на емоциите и поведението, което може да се прояви като непропорционални реакции на малки разочарования или предизвикателства в класната стая. Groves et al. (2022) установяват, че 68% от децата със СДВХ имат коморбидни проблеми с емоционалната регулация, които значително влияят на социалното функциониране в училище.

➤ Социални предизвикателства в училищната среда

Социалното функциониране е критичен аспект от училищния опит, който често е засегнат при деца със СДВХ.

➤ Проблеми във взаимоотношенията с връстници

Импулсивността, неспособността да се изчака ред (въпрос 17) и тенденцията да се прекъсват другите (въпрос 18) могат да доведат до социално отхвърляне и трудности при формирането на приятелства. Проучване на Gardner и Gerdes (2023) показва, че до 70% от

гецата със СДВХ изпитват значителни трудности в социалните взаимоотношения, което често води до изолация, ниска самооценка и емоционален дистрес.

➤ **Предизвикателства в отношенията с учители**

Невниманието (например да изглежда, че не слушаш – въпрос 3) и импулсивното поведение могат да създадат напрежение в отношенията учител–ученик. Moore et al. (2024) отбелязват, че учителите оценяват взаимодействията си с ученици със СДВХ като по-стресиращи и по-малко удовлетворяващи, което може да повлияе на качеството на образователния опит на тези деца.

4.1.2. Коморбидни състояния и обучителни затруднения

Значително важен аспект, който трябва да се вземе предвид при интерпретацията на скрининговите резултати, е високата коморбидност между СДВХ и други разстройства.

➤ **Специфични обучителни затруднения**

Според метаанализ на Döpfner et al. (2023) между 30 % и 45 % от децата със СДВХ имат коморбидни специфични обучителни затруднения като дислексия, дисграфия или дискалкулия. Това двойно предизвикателство изисква комплексен подход към образователната подкрепа.

➤ **Поведенчески разстройства**

Приблизително 40–60% от децата със СДВХ имат коморбидно опозиционно предизвикателно разстройство или поведенческо разстройство (Кнарре, 2022), което усложнява управлението на поведението в класната стая.

➤ **Тревожност и депресия**

Между 20 и 30% от децата със СДВХ изпитват тревожност или депресия (Pliszka, 2023), които могат да влошат академичното представяне и да изискват допълнителна психологическа подкрепа.

Важно е да се отбележи, че въпросникът за родители не оценява директно тези коморбидни състояния, което подчертава необходимостта от комплексна оценка от квалифицирани специалисти, когато се наблюдават множество симптоми.

4.2. Ролята на учителя и училищния психолог

Учителите и училищните психолози играят критична роля в идентифицирането и подкрепата на деца с прояви на СДВХ, както и в имплементирането на подходящи образователни интервенции.

4.2.1. Ролята на учителя

Ранно разпознаване на потенциални прояви на СДВХ

- Осведоменост относно ключовите симптоми, оценявани във въпросника;
- Систематично наблюдение и документиране на поведенческите модели;
- Идентифициране на функционални затруднения, свързани с вниманието, хиперактивността и импулсивността.

Изследване на Piffner et al. (2023) показва, че учителите, обучени в разпознаването на СДВХ симптоми, идентифицират точно 82% от случаите, сравнено с 41% при необучени учители.

Имплементиране на специфични интервенции

- Прилагане на описаните по-горе стратегии за структуриране на средата;
- Адаптиране на преподавателските подходи към нуждите на ученика;
- Балансиране между индивидуалните нужди и груповата динамика;
- Мониторинг на ефективността на приложените стратегии.

Метаанализ на Owens et al. (2022) показва, че учителските интервенции имат значителен ефект върху академичното представяне ($d = 0,67$) и поведението ($d = 0,72$) на деца със СДВХ.

Създаване на приемаща и подкрепяща класна среда

- Насърчаване на разбиране и приемане сред връстниците;
- Акцентиране върху силните страни и талантите на всички ученици;

- Развиване на позитивен климат, който цени различията;
- Превенция на стигматизацията и дискриминацията.

Класните стаи с висока степен на приемане показват по-малко социално отхвърляне на ученици със СДВХ и по-високи нива на академична самооценка.

4.2.2. Ролята на училищния психолог

В контекста на подкрепата за деца със СДВХ, училищният психолог играе централна роля, която надхвърля традиционните представи. Неговата дейност е многостранна и обхваща няколко ключови области, които са от съществено значение за осигуряване на ефективна и холистична подкрепа както за учениците, така и за техните семейства и преподаватели. Разбирането на тези функции е фундаментално за изграждането на цялостна система за приобщаващо образование.

Оценка и мониторинг

- Провеждане на допълнителни оценъчни процедури при нужда;
- Интерпретация на резултатите от скрининговия въпросник в контекста на цялостното функциониране;
- Мониторинг на прогреса и ефективността на интервенциите;
- Оценка на потенциални коморбидни състояния.

Комплексната оценка от училищен психолог, включваща интерпретация на скрининг данни от родители, води до по-прецизни образователни интервенции и по-добри резултати.

Консултиране и обучение

- Консултиране на учители относно специфични стратегии;
- Обучение на родители в поведенчески техники и подкрепа у дома;
- Групови интервенции за социални умения при нужда;
- Повишаване на осведомеността в училищната общност.

Mohr-Jensen et al. (2019) отбелязват, че учителите, консултирани от училищни психолози, прилагат значително повече подходящи стратегии за деца със СДВХ в сравнение с неконсултирани колеги.

Фасилитиране на сътрудничеството между училище и семейство

- Координиране на комуникацията между родители и учители;
- Посредничество при възникване на трудности;
- Свързване на семействата с допълнителни ресурси и подкрепа;
- Осигуряване на континуитет в подходите между различните среди.

Изследване на Power et al. (2024) показва, че сътрудничеството, координирано от училищен психолог, води до значително подобрение в академичните резултати и поведението на деца със СДВХ.



Фигура 1. Ролята на училищния психолог в подкрепа на СДВХ

4.3. Ролята на ресурсния учител

Ресурсният учител заема уникална позиция в екосистемата на приобщаващото образование, особено по отношение на децата с прояви на СДВХ, идентифицирани чрез скрининговия въпросник. Дейността на ресурсния учител се основава на няколко взаимносвързани теоретични модела:

➤ Модел на диференцирана подкрепа

Ресурсните учители са ключови медиатори в прилагането на диференцирана подкрепа, която варира по интензивност и фокус според специфичните нужди на отделните ученици. За деца със СДВХ, проявяващи различни симптоми от скрининг въпросника (напр. повече проблеми с организацията – въпрос 5, или с импулсивността – въпроси 16–18), ресурсният учител разработва индивидуализирани интервенции.

➤ Модел на мостова функция

Този модел разглежда ролята на ресурсния учител като „образователен мост“ между общообразователната система и специализираната подкрепа. Това е особено важно за децата със СДВХ, които често функционират в „сивата зона“ между типичното развитие и по-сериозните образователни затруднения.

➤ Екосистемен модел на интервенция

В съответствие с екологичния модел на Бронфенбренер ресурсният учител действа на различни нива на образователната екосистема – подкрепя директно детето, консултира общообразователните учители, сътрудничи с родителите и координира интердисциплинарните услуги.

4.3.1. Специфични функции на ресурсния учител при работа с деца със СДВХ

Диагностично-оценъчна функция

Ресурсният учител активно участва във функционалната оценка на децата със СДВХ маркери, идентифицирани със скрининг въпросника, чрез:

➤ **Функционална оценка на поведението**

За деца с високи стойности по скалата за хиперактивност/импулсивност (въпроси 10–18) ресурсният учител провежда системно наблюдение и анализ на поведението в различни образователни контексти. Функционалната оценка, проведена от ресурсен учител, повишава ефективността на поведенческите интервенции.

➤ **Образователна диагностика**

Специализирана оценка на академичните умения и идентифициране на потенциални съпътстващи обучителни затруднения. Изследване на Martinez-Badía и Vidal-Abarca (2024) показва, че 38% от децата със СДВХ имат специфични затруднения в четенето с разбиране, които могат да бъдат идентифицирани чрез целенасочена образователна диагностика от ресурсен учител.

➤ **Екологична оценка**

Анализ на факторите в образователната среда, които могат да усилват или облекчават симптомите на СДВХ. Това включва оценка на:

- физическата организация на класната стая;
- структурата и предвидимостта на учебния процес;
- стиловете на преподаване и комуникация;
- динамиката на взаимодействията с връстници.

➤ **Интерпретация на резултатите от скрининга**

Ресурсният учител може да предостави ценна перспектива при анализа на данните от въпросниците за родители и учители, особено когато има разминавания между оценките. Включването на ресурсен учител в интерпретацията на скрининг данни повишава значително точността на образователните препоръки.

Директна работа с детето

Въз основа на резултатите от скрининговия въпросник и допълнителните оценки ресурсният учител предоставя:

➤ **целенасочена академична подкрепа**

За деца с високи стойности по скалата за невнимание (въпроси 1–9) ресурсният учител предоставя:

- Целеви интервенции за развитие на изпълнителни функции (работна памет, внимание, организация);
- Компенсаторни стратегии за академични задачи;
- Адаптирани учебни материали с оптимизирана структура и визуална организация.

Метаанализ на Ward et al. (2020) посочва, че целенасочените академични интервенции, предоставяни от ресурсни учители, водят до подобрене в академичните постижения на деца със СДВХ.

Обучение в поведенчески и саморегулационни умения

За деца с високи стойности по скалата за хиперактивност/импулсивност (въпроси 10–18) ресурсният учител провежда:

- Структурирани програми за развитие на самоконтрол;
- Обучение в техники за управление на импулсите;
- Програми за развитие на социални умения;
- Стратегии за разпознаване и регулация на емоционалните състояния.

Проучване на Peterson et al. (2024) установява, че саморегулационните интервенции, предоставяни от ресурсните учители, водят до 43% намаление на импулсивните прояви в класната стая и 38% подобрене в социалното функциониране.

Метакогнитивно обучение

Развиване на осъзнатост за собствените когнитивни процеси и стратегии за учене.

Адаптирана образователна подкрепа

Преподаване на учебно съдържание чрез алтернативни методи, съобразени със специфичните нужди, идентифицирани във въпросника:

- мултисензорно преподаване за деца с проблеми с вниманието (въпроси 1–3);
- структурирани подходи „стъпка по стъпка“ за деца с организационни затруднения (въпроси 5, 9);
- динамично редуване на дейности за деца с висока двигателна активност (въпроси 11–14).

Консултативна и методическа подкрепа за учители

Критична функция на ресурсния учител е подпомагането на общообразователните учители в адаптирането на техните подходи към нуждите на децата със СДВХ.

Индивидуализирани консултации

Ресурсният учител предоставя специфични препоръки за модификация на преподаването, базирани на профила на детето от скрининговия въпросник. Например:

- За деца с високи точки по въпроси 7 и 9 (губене на вещи, забравяне) – стратегии за организация и напомняне;
- За деца с високи точки по въпроси 10–14 (хиперактивност) – техники за интегриране на движение в учебния процес;
- За деца с високи точки по въпроси 16–18 (импулсивност) – структуриране на класни дискусии и управление на поведението.

Изследване на Cooper et al. (2023) показва, че учителите, получаващи специализирани консултации от ресурсните учители, имплементират със 78% повече подходящи стратегии за деца със СДВХ в сравнение с учители без такава подкрепа.

Съвместно преподаване с общообразователния учител

То позволява:

- Диференцирани инструкции в реално време;
- Моделиране на ефективни подходи за ангажиране на децата със СДВХ;
- Незабавна подкрепа при поведенчески или академични трудности.

Метаанализ на Scruggs и Mastropieri (2023) установява, че ко-преподаването с ресурсен учител води до подобрение от 0,68 стандартни отклонения в академичните резултати и 0,72 стандартни отклонения в поведенческото функциониране на деца със СДВХ.

Разработване на дидактически материали

Създаване на специализирани учебни материали и инструменти, адаптирани към нуждите на децата със СДВХ:

- Структурирани работни листове с оптимизирано визуално представяне;
- Адаптирани инструкции с ясни, последователни стъпки;
- Интерактивни и мултисензорни материали;
- Визуални помощни средства за организация и управление на времето.

Обучение на педагогическия персонал

Провеждане на тематични обучения за разбиране на СДВХ и ефективни образователни подходи. Richardson et al. (2025) отбелязват, че учителите, участвали в такива обучения, показват с 67% повече позитивни интеракции с деца със СДВХ и с 53% по-малко негативни дисциплинарни подходи.

4.4. Научнообосновани стратегии за подкрепа в класната стая

Ефективните образователни интервенции за деца със симптоми на СДВХ, идентифицирани чрез скрининговия въпросник, трябва да се базират на емпирично валидирани подходи, агресиращи специфичните им нужди.

4.4.1. Структуриране на учебната среда

Промяната на физическата среда и учебната рутина може значително да подобри функционирането на деца със симптоми на невнимание и хиперактивност, идентифицирани в скрининговия въпросник.

Стратегическо позициониране в класната стая

- Определяне на място за сядане с минимални разсейващи фактори (далече от прозорци, врати и оживени зони);
- Близост до учителя за по-лесно наблюдение и дискретни напомняния;
- „Зона на фокус“ с минимални визуални стимули за задачи, изискващи концентрация.

Тези стратегии директно адресират симптомите, оценени във въпрос 8 от скрининга („лесно се разсейва от външни стимули“). Според изследване на Harrison et al. (2023) 26% подобрение във времето, прекарано в работа по задачи, когато децата със СДВХ са стратегически позиционирани в класната стая.

Използване на визуални помощни средства и графици

- Графици с ясно обозначени дейности и времеви рамки;
- Визуални списъци със стъпки за многокомпонентни задачи;
- Цветово кодиране на материали и задания според предмет;
- Визуални напомняния за правила и очаквания.

Тези подходи са особено полезни за деца с трудности в организацията (въпрос 5) и за тези, които забравят всекидневни задачи (въпрос 9). Рандомизирано контролирано проучване на Storebø, et al. (2018) отчита 32% намаление на организационните проблеми при използване на визуални помощни средства.

Структуриране на времето и задачите

- Разбиране на дълги задачи на по-малки, структурирани стъпки;
- Използване на таймери за ограничаване на времето за задачи;
- Предоставяне на чеклистове за проследяване на напредъка;
- Регуване на различни типове дейности (активни и спокойни).

Тези стратегии адресират затрудненията, идентифицирани във въпроси 2 и 6 (трудности със задържане на вниманието и избягване на задачи, изискващи продължително умствено усилие). Според Sibley et al. (2023) разбирането на задачите на по-малки компоненти води до средно 42% подобрение в завършването на целите задачи при ученици със СДВХ.

4.4.2. Адаптиране на учебния процес

Модификациите в методите на преподаване и организацията на учебните дейности могат да компенсират дефицитите във вниманието и саморегулацията.

Интегриране на движение и активно учене:

- планирани движения по време на уроците (напр. смяна на работните станции);
- Възможности за „активни почивки“ след периоди на седене;
- използване на двигателни дейности за затвърждаване на ученето;
- предоставяне на алтернативи на седенето (напр. стоящи бюра, балансиращи столове).

Тези подходи директно таргетираят симптомите на хиперактивност, описани във въпроси 10–14 от скрининга.

Мултисензорно преподаване

- Комбиниране на визуални, слухови и кинестетични подходи;
- Използване на практически, манипулативни дейности;
- Интегриране на технологии (интерактивни дъски, образователни приложения);
- Предоставяне на графични организатори и визуални представления на информацията.

Мултисензорните подходи подпомагат ученето при деца с трудности в концентрацията (въпрос 1 и 2) чрез използване на различни канали за възприемане на информацията. Изследване на Denckla (2023) установява, че мултисензорното преподаване води до 38% по-добро запаметяване на академичното съдържание при ученици със СДВХ.

Модификации на инструкциите и заданията

- Предоставяне на ясни, кратки и конкретни инструкции;
- Проверка за разбиране чрез задаване на въпроси или повторение;
- Модифициране на дължината или сложността на заданията;
- Предоставяне на избор между различни формати на задачи;
- Използване на интересите на ученика за повишаване на мотивацията.

Тези стратегии са особено полезни за деца с трудности в следването на инструкции (въпрос 4) и деца, които избягват продължителни умствени усилия (въпрос 6). Проучване на Loe et al. (2023) води до заключението, че ясните структурирани инструкции, последвани от про-

Верка на разбирането, повишават изпълнението на задачите с 47% при деца със СДВХ.

4.4.3. Управление на поведението

Ефективните поведенчески интервенции са критично важни за справяне със симптомите на импулсивност и хиперактивност, идентифицирани във въпросника.

Позитивни поведенчески подходи

- Системи за незабавно поощрение на подходящо поведение;
- Ясно дефинирани правила и очаквания;
- Позитивна обратна връзка за конкретни поведения;
- Мотивационни системи, базирани на интересите на ученика.

Тези стратегии са особено ефективни за деца с прояви на импулсивност (въпроси 16–18). Метаанализ на DuPaul et al. (2016) показва, че позитивните поведенчески интервенции водят до 49% намаление на импулсивните прояви в класната стая.

Техники за саморегулация

- Обучение в самонаблюдение и самооценка;
- Стратегии за управление на импулсите (напр. „стоп–мисли–действай“);
- Техники за релаксация и управление на стреса;
- Метакогнитивни стратегии за планиране и организация.

Изследване на Sibley et al. (2024) установява, че децата със СДВХ, обучени в техники за саморегулация, демонстрират 54% подобрене в управлението на импулсивното поведение и 41% подобрене в организационните умения.

Последователни и предвидими последици

- Ясна система за логични последици от неподходящо поведение;
- Избягване на публично порицаване;
- Фокус върху поправяне на грешки, а не върху наказание;
- Структурирани стратегии за деескалация при поведенчески кризи.

Според Reid и Johnson (2023) последователните последици, приложени позитивно и неконфронтационно, намаляват проблемното поведение при деца със СДВХ с 38%.

4.4.4. Сътрудничество между училище и семейство

Консистентният подход между училище и дом е от изключителна важност за подпомагане на деца с прояви на СДВХ, идентифицирани чрез скрининг въпросника.

Системи за комуникация училище–дом:

- Редовни комуникационни канали (дневници, електронни съобщения);
- Структурирана обратна връзка относно поведението и академичния напредък;
- Съвместно решаване на проблеми при предизвикателства;
- Споделяне на стратегии, които са ефективни в различните среди.

Проучване на Mautone et al. (2023) показва, че структурираното сътрудничество между родители и учители води до 44% подобрение в академичните резултати и 37% редукция на поведенческите проблеми при деца със СДВХ.

Координирани подходи за домашна работа:

- Ясни системи за записване и проследяване на домашни задания;
- Модификации в обема и формата на домашните работи, ако е необходимо;
- Структурирани рутини за домашна работа;
- Подкрепа за родителите в създаването на подходяща среда за учене у дома.

Тези стратегии агресират трудностите с организацията (въпрос 5) и проблемите със завършването на задачи (въпрос 4), като същевременно признават продължаващите предизвикателства извън училищната среда.

4.5. Въпросник за учители: допълнение към скрининга за родители

Разработването на съпътстващ въпросник за учители представлява ценно допълнение към съществуващия скрининг инструмент за родители. Този подход е научнообоснован от съвременните изследвания и клиничната практика.

Според екологичния модел на Бронфенбренер детското функциониране трябва да се оценява в различни контексти. Chen et al. (2022) отбелязват, че корелацията между родителски и учителски оценки на СДВХ симптоми е само умерена ($r = 0,54$), което подчертава важноста на събирането на информация от различни информанти.



Някои симптоми на СДВХ са по-видими или по-проблематични в структурираната училищна среда в сравнение с домашната.

Например трудностите със следването на инструкции (въпрос 4 от родителския въпросник) могат да бъдат по-изявени в класната стая, където инструкциите са по-сложни и изискванията за самостоятелна работа са по-високи.

Изследване на Powell et al. (2023) установява, че учителските оценки на СДВХ симптоми са по-силно предиктивни за академичните резултати ($r = 0,72$) в сравнение с родителските оценки ($r = 0,48$), което подчертава уникалната информация, която учителите могат да предоставят.

Според Murray et al. (2024) разминаванията между родителските и учителските оценки могат да предоставят важна диагностична информация. Например симптоми, които се проявяват само в училище, но не и у дома, могат да насочват към специфични учебни затруднения или училищни фактори, докато симптоми, които се проявяват само у дома, могат да индикират фамилни стресови фактори.

4.5.1. Психометрични характеристики и научна основа на предложените въпроси

Предложеният въпросник за учители е разработен в съответствие с най-актуалните научни изследвания за оценка на СДВХ в образователен контекст.

Валидност на конструкта

Въпросите 1–18 директно съответстват на диагностичните критерии за СДВХ според съвременните класификационни системи, като същевременно са адаптирани за специфичните прояви в училищна среда.

Екологична валидност

Примерите, включени във въпросите, отразяват типични училищни ситуации и поведения, които учителите могат лесно да наблюдават и оценят.

Допълнителни въпроси за образователния контекст

Въпроси 19–24 отразяват съвременните изследвания за ситуационната вариабилност на СДВХ симптомите. Langberg et al. (2023) установяват, че вариабилността в представянето според контекста и интереса е ключова характеристика, която диференцира СДВХ от други състояния.

Функционално влияние

Въпроси 25–28 оценяват функционалните последици от симптомите, което е от ключово значение за определяне на нуждата от интервенция. Според DuPaul et al. (2016) функционалното влияние е по-важен предиктор за дългосрочни резултати, отколкото самата тежест на симптомите.

4.5.2. Сравнителен анализ на данните от родители и учители

Особено ценна информация може да се получи чрез сравняване на резултатите от въпросниците за родители и учители.

Съответствие между оценките

Високото съответствие между оценките на родителите и учителите (подобни профили на симптомите) повишава надеждността на идентифицираните прояви и предполага генерализирани затруднения в различни среди.

Разминаване между оценките

Значително разминаване може да предоставя важна информация:

- По-високи оценки у дома, по-ниски в училище: може да означава специфични домашни фактори или ефективни стратегии, прилагани в училището.
- По-високи оценки в училище, по-ниски у дома: може да означава специфични учебни затруднения, неподходяща образователна среда или ефективни стратегии, прилагани у дома.
- Различия в специфични симптоми (напр. по-висока импулсивност у дома, но по-висока невнимателност в училище) могат да насочват към различни функционални роли на поведението в различните среди.

4.5.3. Практическо приложение на Въпросника за учители

Въпросникът за учители може да се използва в различни етапи от процеса на идентификация и подкрепа на деца със симптоми на СДВХ.

Първоначален скрининг и идентификация

Прилагането на двата въпросника едновременно осигурява по-пълна картина на функционирането на детето. Използването на множество информанти повишава чувствителността на скрининга.

Въпросникът може да се използва като част от системен скрининг в училищата за ранно идентифициране на деца с потенциални затруднения.

Образователно планиране и интервенция

Специфичните отговори във Въпросника могат да насочват към разработването на целенасочени интервенции. Например високи точки по въпроси 5 и 9 предполагат нужда от организационни стратегии, докато високи точки по въпроси 10–14 предполагат нужда от интегриране на движение в учебния процес.

Периодичното преоценяване на симптомите чрез въпросника позволява проследяване на ефективността на прилаганите стратегии и интервенции. Thompson et al. (2023) установяват, че тримесечната преоценка води до 42% по-ефективна адаптация на интервенциите.

Структурираните данни от въпросника създават обща основа за комуникация между различните специалисти (учители, психолози, ресурсни учители), работещи с детето. Weber et al. (2022) документират, че използването на стандартизирани инструменти подобрява комуникацията в интердисциплинарни екипи с 67%.

4.5.4. Съображения при приложението

Учителите трябва да бъдат инструктирани за правилното попълване на въпросника и да разбират значението на обективната оценка. Интерпретацията на резултатите трябва да се извършва внимателно и според указанията.



Необходимо е **стриктно спазване на конфиденциалността на данните**, като предварително трябва да е получено информирано съгласие от родителите за провеждане на оценката.

От критично значение е предпазването от стигматизация или „етикетиране“ на детето въз основа на резултатите от скрининга. Резултатите трябва да се разглеждат като насока за подкрепа, а не като дефинитивна диагноза.

4.5.5. Предимства на интегрирания подход (родители + учители)

Комбинирането на информация от родителския и учителския въпросник предоставя множество предимства.

- Агрегирането на данни от множество информанти повишава надеждността и валидността на оценката. Комбинираните оценки от родители и учители имат по-висока прогностична валидност в сравнение с оценките само от родители или само от учители.

- Оценката на симптомите в различни контексти осигурява по-цялостно разбиране на ситуационната вариабилност на проявите. Това е в съответствие с екологичния модел на Бронфенбренер и транзакционния модел на развитието.
- Моделите на съответствие или разминаване между родителските и учителските оценки могат да помогнат за диференциалната диагностика. Например висока степен на невнимание, оценена от учители, но не от родители, в комбинация с ниски резултати по хиперактивност може да насочва към специфично образователно затруднение, а не към СДВХ.
- Разбирането на специфичните прояви в различни контексти позволява персонализиране на интервенциите. Например, ако импулсивността е проблем предимно в училище, може да се фокусират ресурси за поведенчески интервенции в тази среда.
- Процесът на паралелна оценка създава структурирана платформа за диалог между родители и учители относно детските нужди и стратегии за подкрепа.

4.5.6. Ограничения и бъдещи насоки за развитие

Въпреки множеството предимства предложеният въпросник за учители има определени ограничения, които трябва да се отчитат.

- Както всички поведенчески скали, въпросникът е базиран на субективна оценка, която може да бъде повлияна от нагласите на учителя, очакванията и спецификите на образователната среда.
- Преди рутинното използване въпросникът ще изисква цялостна психометрична валидация, включваща оценка на вътрешната консистентност, тест-ретест надеждност, конвергентна и дискриминативна валидност.
- Необходима е адаптация на инструмента към различни културни и образователни контексти, тъй като очакванията за подходящо поведение в класната стая могат да варират значително.

Предложеният въпросник за учители представлява научнообосновано и практически полезно допълнение към съществуващия скрининг инструмент за родители. Интеграцията на информация от различни контексти съответства на съвременното разбиране за СДВХ като

комплексно разстройство, чиито прояви варират според средата и ситуацията.

Прилагането на този интегриран подход би подобрило значително процеса на идентификация и подкрепа на децата със СДВХ симптоми, като същевременно би предоставило ценна информация за разработване на персонализирани образователни интервенции. Това би допринесло не само за подобряване на академичното представяне на тези деца, но и за тяхното цялостно психосоциално функциониране и качество на живот.

4.6. Въпросник за самооценка: допълнение към скрининга за родители

4.6.1. Описание и значение на въпросника за самооценка при деца на възраст 7–11 г.

Настоящият въпросник за самооценка е разработен като **допълващ инструмент към скрининговия въпросник за родители**, с цел да се обогати и задълбочи процесът на първоначално идентифициране на възможни прояви на СДВХ при деца на възраст 7–11 г.

Въпросникът е предназначен за **попълване от самото дете**, като използва разбираем, адаптиран за възрастта език и подход. Съдържа прости твърдения, свързани с поведението на детето във всекидневното, училищната среда и при взаимодействие.

4.6.2. Цели на въпросника

- Да насърчи детето да **анализира собственото си поведение**.
- Да даде **допълнителна перспектива**, различна от тази на родителите и/или учителите.
- Да помогне при съставяне на **по-пълна и обективна оценка** от специалистите при съмнение за СДВХ.

Цели



01 анализира собственото си поведение

02 допълнителна перспектива

03 по-пълна и обективна оценка

Докато родителите предоставят наблюдение отстрани, детето често може да **възприема и преживява собствените си затруднения по различен начин**. Включването на неговото мнение:

- Повишава **валидността на скрининга**;
- Подпомага **ранното разпознаване** на субективни затруднения (напр. проблеми с концентрацията, вътрешно напрежение);
- Улеснява изграждането на **доверие и активна роля на детето** в процеса на оценка и възможна последваща подкрепа.

Този въпросник **не замества професионалната диагноза**, а служи като начален ориентир при съмнения за СДВХ и насочване към специалист (психолог, детски психиатър или педиатър).

4.6.3. Инструкции за използване на Въпросника от Възрастни (родител, учител или специалист)

Подготовка:

- Изберете **спокойна, безстресова среда**, без разсейващи фактори.
- Осигурете време, в което детето не е изморено или напрегнато.
- Представете въпросника като **игра или начин да се разбере по-добре** – избягвайте терминология като „тест“ или „оценка“.

Въведение към детето:

Пример какво да кажете:

„Сега ще ти прочета няколко изречения, които описват различни неща, които правят децата. Няма верни или грешни отговори. Просто искам да ми кажеш дали това е нещо, което ти се случва **често, понякога** или **рядко/никога**. Това ще ни помогне по-добре да разберем как се чувстваш.“

или

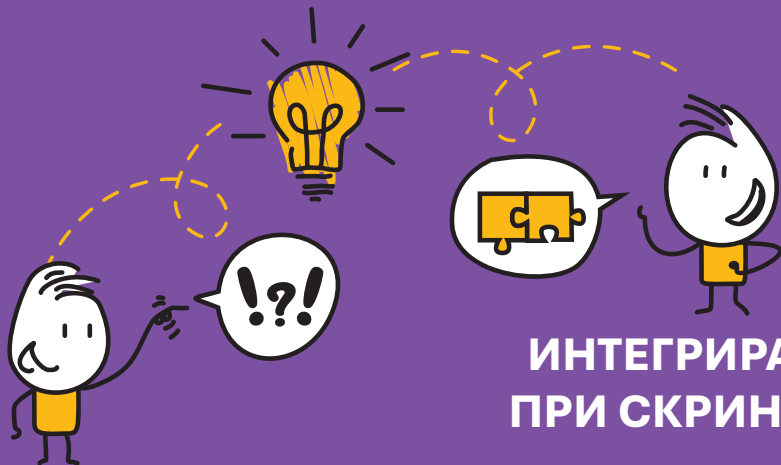
„Сега ще ти дам да прочетеш няколко изречения, които описват различни неща, които правят децата. Няма верни или грешни отговори. Просто искам да отбележиш дали това е нещо, което ти се случва **често, понякога** или **рядко/никога**. Това ще ни помогне по-добре да разберем как се чувстваш.“

Полезни насоки по време на попълването:

- Ако детето не разбира дума или израз, обяснете я с **прости думи**;
- Ако се колебае между два отговора, насърчете го да избере този, който **най-много се доближава** до това, което чувства;
- Не го коригирайте и **не коментирайте** отговорите му – важна е неговата лична преценка.

4.6.4. Интерпретация на резултатите

- Ако детето отговори с „**често**“ на **повечето твърдения** в областите, това е сигнал за **необходимост от по-задълбочена оценка** от специалист.
- Отговорите могат да бъдат сравнени с отговорите на родителите и учителите, за да се потърсят **съответствия и разминавания**.



ЗНАЧЕНИЕ НА ИНТЕГРИРАНИЯ ПОДХОД ПРИ СКРИНИНГА ЗА СДВХ

Интегрираният подход за скрининг на Синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ), който включва мненията на **родители, учители и самото дете**, се основава на принципа на **многоизточниковото наблюдение и оценка**. Този подход осигурява **по-цялостно и надеждно разбиране на проявите на симптомите**, които могат да варираят в различни среди.

5.1. Основни предимства

1. Многоизточникова оценка на поведението

Различните участници в живота на детето наблюдават поведението му в различни контексти:

- Родители – в домашна и неформална среда;
- Учители – в академична и социална училищна среда;
- Дете – чрез собствена перспектива за вътрешни преживявания.

Това позволява открояване на **консистентни прояви на симптоми** или ограничаването им до конкретен контекст.

2. Обогаляване на скрининговите данни

Съчетаването на обективните наблюдения (родители/учители) със **субективното усещане на детето** води до:

- Повишена **чувствителност и специфичност на скрининга**;

- Идентифициране на **скрити емоционални аспекти** (напр. фрустрация, умора, тревожност).

3. Подкрепа за интердисциплинарно сътрудничество

Интегрираният подход улеснява:

- Създаване на **единен профил на поведение**;
- Подобрена комуникация между родители и училищен екип;
- Съгласуване на интервенции и подкрепящи стратегии.

4. Активизиране на детето като субект в процеса

Участието на детето в самооценката:

- Подкрепя развитието на **емоционална осъзнатост** и саморазбиране;
- Изгражда **мотивация за включване** в процеса на подкрепа и развитие;
- Дава възможност за **идентифициране на силни страни и ресурси**.

5.2. Ограничения на интегрирания подход при скрининг за СДВХ

Въпреки високата информативност и ефективност, интегрираният подход (включващ родители, учители и деца) има определени ограничения, които следва да се вземат предвид при интерпретация на резултатите и при планиране на последващи действия.

1. Когнитивни и езикови ограничения при децата

Децата във възрастта 7–11 години:

- Невинаги имат развито самосъзнание и езиков капацитет да опишат вътрешни преживявания;
- Могат да отговарят повърхностно или да се стремят към социално желателен отговор.

Попълването на самооценъчния въпросник следва да се извършва в присъствието на възрастен, който подпомага, но не насочва отговорите.

2. Несъответствия между източниците

Разминавания между мненията на родители, учители и дете са често срещани поради:

- Различия в поведението на детето в различни среди;
- Вариращи очаквания и изисквания;
- Субективни интерпретации.

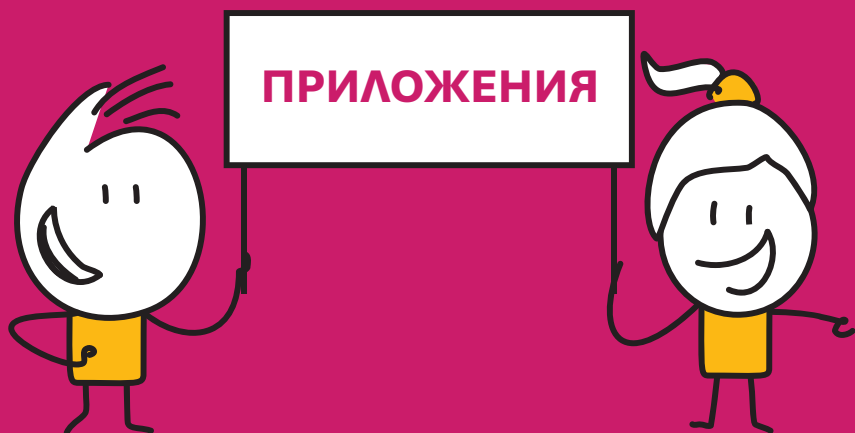
Вместо да се търси абсолютна съгласуваност, специалистът трябва да анализира разминаванията като потенциално значими индикатори.

3. Културни и социални влияния

Перцепцията за приемливо поведение се влияе от:

- Културни особености на семейството;
- Социални норми в училищната среда;
- Индивидуалните възгледи на възрастните участници.

При скрининг е важно да се вземе предвид културният контекст и да се осигури културно чувствителна интерпретация.



СКРИНИНГ ТЕСТ ЗА РОДИТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА ПРОЯВИ, СВЪРЗАНИ СЪС СДВХ ПРИ ДЕЦА НА ВЪЗРАСТ 7–11 ГОДИНИ

Уважаеми родители,

Този скрининг тест е създаден, за да Ви помогне да оцените някои поведенчески характеристики на Вашето дете на възраст 7–11 години, които биха могли да са свързани със Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ).



Моля, имайте предвид: Тестът е само инструмент за предварителен скрининг и НЕ замества професионалната медицинска или психологическа оценка и диагностика.

Резултатите от теста не представляват диагноза СДВХ. Ако имате притеснения относно развитието или поведението на Вашето дете, горещо Ви съветваме да се консултирате с квалифициран специалист (педиатър, детски психиатър, психолог).

При попълването на теста, моля, помислете как се е държало детето през последните 6 месеца в различни среди (у дома, в училище, при извънкласни дейности, при игра) и изберете опцията, която най-добре описва неговото поведение.

Инструкции: За всеки въпрос оградете или отбележете цифрата, която най-добре описва честотата на посоченото поведение при Вашето дете:

- 0** - Никога или много рядко
- 1** - Понякога
- 2** - Често
- 3** - Много често

Име на детето: _____

Възраст: _____ Дата на попълване: _____

Име на родителя/настойника: _____

ЧАСТ 1: ПРОЯВИ НА НЕВНИМАНИЕ

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1. | Случва ли се детето Ви да прави грешки по невнимание в училищни задачи, домашни дейности, други занимания или да не обръща внимание на детайлите? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Детето Ви има ли трудности да задържи вниманието си върху задачи или игри? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Когато му говорите директно (лице в лице), изглежда ли така, сякаш не слуша или умът му е другаде? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Детето Ви затруднява ли се да следва инструкции докрай, или не успява да завърши училищни задачи, домакински задължения или други дейности (не поради съпротива и отказ или неразбиране на инструкциите)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Детето Ви има ли трудности с организирането на задачи и дейности (напр. трудно му е да подреди нещата си, да управлява времето си, да спазва срокове)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Избягва ли, не харесва ли, или не желае да се захваща със задачи, които изискват продължително умствено усилие (напр. училищни домашни, четене на по-дълги текстове)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Губи ли неща, необходими за задачи или дейности (напр. ученически пособия, играчки, книги, домашни работи)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Лесно ли се разсейва от външни стимули (напр. шумове, случващото се наоколо)? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Разсеяно ли е и забравя ли за всекидневни задачи и дейности (напр. забравя какво има да прави, забравя вещи)? | 0 | 1 | 2 | 3 |

ЧАСТ 2: ПРОЯВИ НА ХИПЕРАКТИВНОСТ И ИМПУЛСИВНОСТ

10.	Случва ли се детето Ви да се върти/движи на стола или да мърда с ръце и крака, когато трябва да стои спокойно?	0	1	2	3
11.	Напуска ли мястото си в ситуации, в които се очаква да остане седнало (напр. в клас, по време на хранене)?	0	1	2	3
12.	Тича ли наоколо, скача ли, или се катери прекомерно в ситуации, в които това е неподходящо?	0	1	2	3
13.	Има ли трудности да играе, или да се занимава тихо в свободното си време?	0	1	2	3
14.	Изглежда ли, че детето Ви не може да се задържи на едно място и има нужда непрекъснато да се движи?	0	1	2	3
15.	Говори ли прекалено много?	0	1	2	3
16.	Отговаря ли прибързано, преди въпросите да бъдат напълно зададени?	0	1	2	3
17.	Има ли трудности да изчака своя ред (напр. в игри, в разговор, на опашка)?	0	1	2	3
18.	Прекъсва ли, или се напраща на другите (напр. влиза в разговори, игри или дейности на други хора)?	0	1	2	3

ЧАСТ 3: ДОПЪЛНИТЕЛНИ НАБЛЮДЕНИЯ В ДОМАШНА СРЕДА

19.	Поведението и вниманието на детето различават ли се значително в зависимост от дейността (напр. по-концентрирано при гледане на телевизия или игра на електронни устройства, отколкото при други дейности)?	0	1	2	3
20.	Поведението на детето подобрява ли се значително в тихи, спокойни условия, или когато е само с един възрастен?	0	1	2	3
21.	Детето показва ли значителни разлики в нивото на внимание и поведение в зависимост от интереса към дейността?	0	1	2	3
22.	Поведението и вниманието на детето влошават ли се, когато е уморено или гладно?	0	1	2	3

23.	Детето има ли трудности при адаптиране към промени във всекидневната рутина?	0	1	2	3
24.	Детето има ли трудности в социалните взаимодействия с други деца (напр. трудно му е да си намери приятели, да разбира социални сигнали, да поддържа приятелства)?	0	1	2	3

ЧАСТ 4: ФУНКЦИОНАЛНО ВЛИЯНИЕ НА СИМПТОМИТЕ

25.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на училищния успех на детето?	0	1	2	3
26.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на взаимоотношенията на детето с връстниците?	0	1	2	3
27.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на взаимоотношенията в семейството?	0	1	2	3
28.	В каква степен наблюдаваните поведения затрудняват всекидневния живот и активности на детето?	0	1	2	3

Допълнителни наблюдения и коментари: _____

КЛЮЧ ЗА ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

За да интерпретирате резултатите от този скрининг тест, следвайте стъпките по-долу:

1. Изчислете общия сбор за част „Невнимание“: Съберете всички точки, които сте отбелязали за въпроси от 1 до 9.

Въпрос 1: ____ точки

Въпрос 2: ____ точки

...

Въпрос 9: ____ точки

Общ сбор „Невнимание“: _____ точки

2. Изчислете общия сбор за част „Хиперактивност и импулсивност“: Съберете всички точки, които сте отбелязали за въпроси от 10 до 18.

Въпрос 10: ____ точки

Въпрос 11: ____ точки

...

Въпрос 18: ____ точки

Общ сбор „Хиперактивност и импулсивност“: _____ точки

3. Изчислете общия сбор за „Допълнителни наблюдения“: Съберете всички точки за въпроси от 19 до 24.

Въпрос 19: ____ точки

Въпрос 20: ____ точки

...

Въпрос 24: ____ точки

Общ сбор „Допълнителни наблюдения“: _____ точки

4. Изчислете общия сбор за „Функционално влияние“: Съберете всички точки за въпроси от 25 до 28.

Въпрос 25: ____ точки

Въпрос 26: ____ точки

...

Въпрос 28: ____ точки

Общ сбор „Функционално влияние“: _____ точки

5. Изчислете броя на симптомите, оценени като „често“ или „много често“: Пребройте колко въпроса в **част 1** („Невнимание“) сте оценили

с **2 или 3**. След това пребройте колко въпроса в **част 2** („Хиперактивност и импулсивност“) сте оценили с **2 или 3**.

Интерпретация (общи насоки):

- **Показателен резултат за невнимание:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в **част 1** („Невнимание“) с оценка **2 (често) или 3 (много често)**, това може да е показателно за значителни прояви на невнимание.
- **Показателен резултат за хиперактивност/импулсивност:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в **част 2** („Хиперактивност и импулсивност“) с оценка **2 (често) или 3 (много често)**, това може да е показателно за значителни прояви на хиперактивност и/или импулсивност.
- **Показателен резултат за комбиниран тип:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в **част 1** и **6 или повече** въпроси в **част 2** с оценка **2 или 3**, това може да е показателно за прояви, свързани с комбинирания тип СДВХ.
- **Значимо функционално влияние:** Общ сбор от **8 или повече точки** в част „Функционално влияние“ (въпроси 25–28) предполага значително влияние на симптомите върху всекидневното функциониране на детето.

Важно уточнение относно интерпретацията:



Висок резултат на този скрининг тест не означава, че детето Ви със сигурност има СДВХ!

Много други фактори и състояния могат да повлияят на поведението на детето, включително:

- Специфични обучителни затруднения;
- Тревожност или други емоционални проблеми;
- Стрес или травматични преживявания;
- Проблеми със съня или здравословни проблеми;
- Специфични ситуационни или семейни фактори;
- Възрастово-специфични особености на развитието.



Препоръчителни действия:

Ако резултатите от този скрининг тест показват наличие на множество симптоми (особено 6 или повече в някоя от категориите с оценка 2 или 3) и ако тези поведения са постоянни и създават затруднения на детето в различни аспекти от живота (училище, семейство, социални контакти), **силно Ви препоръчваме да се консултирате с квалифициран специалист.**

Специалистът ще може да извърши цялостна оценка, включително събиране на информация от различни източници (родители, учители), наблюдение на детето и използване на стандартизирани диагностични инструменти, за да се определи дали е налице СДВХ или друго състояние, което може да обясни наблюдаваните трудности.

Не забравяйте, че ранната консултация и при необходимост подкрепа могат значително да подобрят качеството на живот на детето и цялото семейство.

СКРИНИНГ ТЕСТ ЗА УЧИТЕЛИ ЗА ОЦЕНКА НА ПРОЯВИ, СВЪРЗАНИ СЪС СДВХ ПРИ УЧЕНИЦИ НА ВЪЗРАСТ 7–11 ГОДИНИ

Уважаеми учители,

Този скрининг тест е създаден, за да Ви помогне да оцените някои поведенчески характеристики на ученици на възраст 7–11 години, които биха могли да са свързани със Синдрома на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ).



Моля, имайте предвид: Тестът е само инструмент за предварителен скрининг и НЕ замества професионалната медицинска или психологическа оценка и диагностика.

Резултатите от теста не представляват диагноза СДВХ. Този въпросник е предназначен да допълни информацията, събрана чрез въпросника за родители, и да предостави по-цялостна картина на функционирането на ученика в различни среди.

При попълването на теста, моля, помислете как се е държал ученикът през последните 6 месеца в различни училищни контексти (по време на учебни часове, междучасия, извънкласни дейности, взаимодействия с връстници) и изберете опцията, която най-добре описва неговото поведение.

Инструкции: За всеки въпрос оградете или отбележете цифрата, която най-добре описва честотата на посоченото поведение при ученика:

0 - Никога или много рядко

1 - Понякога

2 - Често

3 - Много често

Име на ученика: _____

Клас: _____ Училище: _____

Име на учителя: _____

Дата на попълване: _____

ЧАСТ 1: ПРОЯВИ НА НЕВНИМАНИЕ В УЧИЛИЩНА СРЕДА

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Ученикът не успява да обърне внимание на детайлите или прави грешки по невнимание в училищната работа (напр. пропуска въпроси, неправилно чете инструкции, допуска прости аритметични грешки). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Ученикът има трудности да задържи вниманието си по време на учебни дейности или лекции (напр. мисълта му се рее, трудно следи урока, губи нишката на обяснението). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Когато говорите директно (очи в очи) с ученика, изглежда, че не слуша, дори когато няма видими разсейващи фактори (напр. не реагира на въпроси, изглежда „отнесен“). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Ученикът не следва инструкциите докрай или не успява да завърши поставените му задачи (не поради опозиционно поведение или неразбиране на задачата). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Ученикът има трудности с организирането на задачи, материали и дейности в класната стая (напр. неподреден чин, губи учебни материали, неефективно използва времето). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Ученикът избягва, не харесва или с неохота се ангажира със задачи, изискващи продължително умствено усилие (напр. писмени задания, четене на по-дълги текстове, решаване на математически задачи). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Ученикът губи предмети, необходими за учебните дейности (напр. учебници, тетрадки, химикалки, калкулатори, други материали). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Ученикът лесно се разсейва от външни стимули в класната стая (напр. шумове, движения на други ученици, дейности извън класната стая). | 0 | 1 | 2 | 3 |

9.	Ученикът забравя всекидневните училищни дейности (напр. забравя да запише домашното, да предаде домашна работа, да донесе нужните материали).	0	1	2	3
----	---	---	---	---	---

ЧАСТ 2: ПРОЯВИ НА ХИПЕРАКТИВНОСТ И ИМПУЛСИВНОСТ В УЧИЛИЩНА СРЕДА

10.	Ученикът мърда с ръце или крака или се движи на стола си по време на урок.	0	1	2	3
11.	Ученикът напуска мястото си в ситуации, когато се очаква да остане седнал (напр. става по време на урок без разрешение, разхожда се из класната стая).	0	1	2	3
12.	Ученикът тича, катери се или се движи неподходящо в училищна среда (напр. тича по коридорите, катери се по мебелите).	0	1	2	3
13.	Ученикът има трудности да участва тихо в учебни дейности или игри по време на час.	0	1	2	3
14.	Ученикът е постоянно „в движение“ (напр. не може да стои спокоен за по-дълго време, постоянно извършва някакви движения).	0	1	2	3
15.	Ученикът говори прекалено много по време на час (извън контекста на учебната дискусия).	0	1	2	3
16.	Ученикът дава отговори, преди въпросите да са завършени, или отговаря, без да е посочен.	0	1	2	3
17.	Ученикът има трудности да изчака реда си (напр. в дискусии, при групови дейности, когато чака да бъде извикан).	0	1	2	3
18.	Ученикът прекъсва или се напраща на другите (напр. прекъсва разговори, намесва се в дейностите на други ученици).	0	1	2	3

ЧАСТ 3: СПЕЦИФИЧНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПРОЯВИ

19.	Ученикът демонстрира значителни разлики в представянето в зависимост от предмета или типа учебна дейност.	0	1	2	3
-----	---	---	---	---	---

20.	Представянето на ученика се подобрява значително, когато работи индивидуално с възрастен или в малка група.	0	1	2	3
21.	Ученикът показва значителни разлики в нивото на внимание в зависимост от интереса към темата.	0	1	2	3
22.	Поведението и вниманието на ученика се влошават значително с напредването на деня.	0	1	2	3
23.	Ученикът изпитва затруднения при преминаване от една дейност или учебен час към друг.	0	1	2	3
24.	Ученикът има трудности в социалните взаимодействия с връстниците поради импулсивност или неразбиране на социални сигнали.	0	1	2	3

ЧАСТ 4: ФУНКЦИОНАЛНО ВЛИЯНИЕ НА СИМПТОМИТЕ

25.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на академичното представяне на ученика?	0	1	2	3
26.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на взаимоотношенията на ученика с връстниците?	0	1	2	3
27.	В каква степен наблюдаваните поведения влияят на взаимоотношенията на ученика с учителите и другите възрастни в училище?	0	1	2	3
28.	В каква степен наблюдаваните поведения нарушават нормалното функциониране на класа?	0	1	2	3

Допълнителни наблюдения и коментари: _____

КЛЮЧ ЗА ИНТЕРПРЕТАЦИЯ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

За да интерпретирате резултатите от този скрининг тест, следвайте стъпките по-долу:

1. Изчислете общия сбор за част „Невнимание“: Съберете всички точки, които сте отбелязали за въпроси от 1 до 9.

Въпрос 1: ____ точки

Въпрос 2: ____ точки

...

Въпрос 9: ____ точки

Общ сбор „Невнимание“: _____ точки (максимум 27 точки)

2. Изчислете общия сбор за част „Хиперактивност и импулсивност“: Съберете всички точки, които сте отбелязали за въпроси от 10 до 18.

Въпрос 10: ____ точки

Въпрос 11: ____ точки

...

Въпрос 18: ____ точки

Общ сбор „Хиперактивност и импулсивност“: _____ точки (максимум 27 точки)

3. Изчислете общия сбор за „Допълнителни наблюдения“: Съберете всички точки за въпроси от 19 до 24.

Въпрос 19: ____ точки

Въпрос 20: ____ точки

...

Въпрос 24: ____ точки

Общ сбор „Допълнителни наблюдения“: _____ точки (максимум 18 точки)

4. Изчислете общия сбор за „Функционално влияние“: Съберете всички точки за въпроси от 25 до 28.

Въпрос 25: ____ точки

Въпрос 26: ____ точки

...

Въпрос 28: ____ точки

Общ сбор „Функционално влияние“: _____ точки (максимум 12 точки)

5. Изчислете броя на симптомите, оценени като „често“ или „много често“: Пребройте колко въпроса във всяка част сте оценили с 2 или 3.

- Брой симптоми в част „Невнимание“ (1-9) с оценка 2 или 3: _____ симптома
- Брой симптоми в част „Хиперактивност и импулсивност“ (10-18) с оценка 2 или 3: _____ симптома
- Брой симптоми в част „Специфични образователни прояви“ (19-24) с оценка 2 или 3: _____ симптома

Интерпретация (обща насока):

- **Показателен резултат за невнимание:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в част 1 („Невнимание“) с оценка **2 (често) или 3 (много често)**, това може да е показателно за значителни прояви на невнимание в училищна среда.
- **Показателен резултат за хиперактивност/импулсивност:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в част 2 („Хиперактивност и импулсивност“) с оценка **2 (често) или 3 (много често)**, това може да е показателно за значителни прояви на хиперактивност и/или импулсивност в училищна среда.
- **Показателен резултат за комбиниран тип:** Ако сте отбелязали **6 или повече** въпроси в част 1 и **6 или повече** въпроси в част 2 с оценка **2 или 3**, това може да е показателно за прояви, свързани с комбинирания тип СДВХ.
- **Значимо функционално влияние:** Общ сбор от **8 или повече точки** в част „Функционално влияние“ (въпроси 25–28) предполага значително влияние на симптомите върху академичното и социалното функциониране на ученика.
- **Образователна специфика:** Високи точки в част „Специфични образователни прояви“ (въпроси 19–24) предоставят важна информация за ситуационните фактори, които могат да усилят или облекчават симптомите.

Сравнителен анализ с данните от родителския въпросник:

Особено ценна информация може да се получи чрез сравняване на резултатите от въпросниците за родители и учители:

- **Съответствие между оценките:** Високо съответствие между оценките на родители и учители (подобни профили на симптомите) повишава надеждността на идентифицираните прояви и предполага генерализирани затруднения в различни среди.
- **Разминаване между оценките:** Значително разминаване може да предоставя важна информация:
 - **По-високи оценки у дома, по-ниски в училище:** може да предполага специфични домашни фактори или ефективни стратегии, прилагани в училището.
 - **По-високи оценки в училище, по-ниски у дома:** може да предполага специфични учебни затруднения, неподходяща образователна среда или ефективни стратегии, прилагани у дома.

Важно уточнение относно интерпретацията:



Висок резултат на този скрининг тест не означава, че детето Ви със сигурност има СДВХ!

Много други фактори и състояния могат да повлияят на поведението на детето, включително:

- Специфични обучителни затруднения;
- Тревожност или други емоционални проблеми;
- Стрес или травматични преживявания;
- Неподходящи образователни методи или среда;
- Проблеми със съня или здравословни проблем;и
- Социални или семейни фактори.



Препоръчителни действия:

Ако резултатите от този скрининг тест показват наличие на множество симптоми (особено 6 или повече в някоя от категориите с оценка 2 или 3) и ако тези поведения са постоянни и създават затруднения на ученика в различни аспекти от училищния живот, **препоръчително е:**

1. **Обсъждане с училищния психолог или педагогическия съветник** за планиране на допълнителни наблюдения и оценки.
2. **Комуникация с родителите** относно наблюденията в училищна среда, без да се предлага диагноза. Фокусът трябва да бъде върху споделяне на наблюдения и обсъждане на стратегии за подкрепа.
3. **Имплементиране на подходящи образователни стратегии** в класната стая, които да подпомогнат ученика независимо от причината за наблюдаваните трудности.
4. **Препоръка към родителите за консултация с квалифициран специалист** (педиатър, детски психиатър, психолог) за извършване на цялостна оценка, ако това все още не е направено.
5. **Участие в екипни срещи** с други специалисти (психолог, ресурсен учител, логопед и др.) за разработване на координиран план за подкрепа.

Не забравяйте, че ранната идентификация и подходящата образователна подкрепа могат значително да подобрят академичното представяне, социалното функциониране и самооценката на ученика независимо от причината за наблюдаваните трудности.

СКРИНИНГ ТЕСТ ЗА УЧЕНИЦИ ЗА ОЦЕНКА НА ПРОЯВИ, СВЪРЗАНИ СЪС СДВХ ПРИ УЧЕНИЦИ НА ВЪЗРАСТ 7–11 ГОДИНИ

Въпросник за самооценка: „Какъв съм аз в училище и вкъщи?“

Отбележи с ✓ най-подходящия за теб отговор за всяка мисъл или това, което най-много прилича на теб или се отнася за теб:

1. Трудно ми е да се съсредоточа върху задачите си.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

2. Забравям какво трябва да направя.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

3. Губя вещи, които ми трябва (моливи, гумички, домашни).

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

4. Прескачам задачи или не ги довършвам.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

5. Разсейвам се лесно от неща около мен.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

6. Не слушам, когато някой ми говори директно (очи в очи).

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

7. Прекъсвам други хора, когато говорят.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

8. Отговарям, преди въпросът да е завършен.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

9. Говоря, без да се съобразя дали е подходящ моментът.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

10. Трудно ми е да чакам реда си (на игри, в клас).

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

11. Въртя се на стола или се движа много.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

12. Ставам от мястото си, когато не трябва.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

13. Често се чувствам така, сякаш трябва непрекъснато да се движа.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

14. Говоря прекалено много.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

15. Трудно ми е да стоя спокоен, когато трябва да съм тих.

☐ често ☐ понякога ☐ рядко или никога

ПОМОЩНИ СРЕДСТВА ЗА УПОТРЕБА В КЛАСНАТА СТАЯ ОТ УЧЕНИЦИ СЪС СДВХ НА ВЪЗРАСТ 7–11 ГОДИНИ

Тактилни антистрес играчки

Малки предмети като спинъри, топчета с пясък, pop-it и други сензорни играчки помагат на ученика да се съсредоточи, като осигуряват физическа стимулация без да пречат на урока.

Приложение: Дават се на ученика по време на уроците и се използват при нужда.



Таймер за визуализация на времето

Таймер с цветен дисплей, който визуално показва оставащото време. Полезен при деца с нарушено усещане за време. Часовникът помага на децата да разберат понятието Време, а това се отразява и върху самоконтрола при различни дейности. За много деца точно това е първата стъпка към независимост. Те ще могат да използват времето си много по-ефективно едва когато осъзнаят какво означава „изминало време” и „оставащо време”.

Приложение: Използва се по време на самостоятелна работа или тестове.



Чек-лист за задачи и графици

Визуален списък със стъпки за изпълнение на задача помага на ученика да следва ясен процес без да се разсейва. Това е многофункционално средство за обучение и е изключително лесно за използване.

Приложение: Попълва се от учителя предварително или съвместно с ученика.



Баланс стол (активен стол / wiggle seat)

Стол с нестабилна повърхност или подложка, която позволява леко движение. Подпомага децата с нужда от движение без да напускат мястото си.

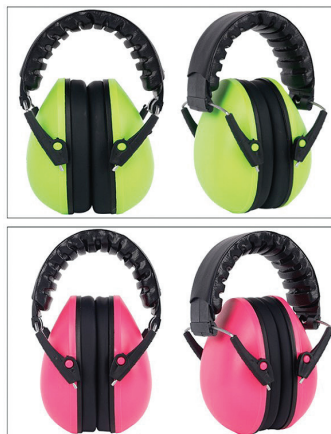
Приложение: Използва се по време на занятия – подобрява концентрацията и моторната саморегулация.



Шумоизолиращи слушалки

Слушалки, които намаляват външния шум. Те подпомагат учениците да се фокусират, особено при писмена работа или в шумна класна среда.

Приложение: Използват се при работа по проекти или изпитвания.



Ластиси за стол (chair bands)

Ластиси или еластични ленти, прикрепени към краката на стола позволяват на ученика да движи краката си, без да нарушава учебния процес.

Приложение: Използват се при нужда от движение – особено подходящи за хиперактивни деца.



ЛИТЕРАТУРА

Ангелова, Цв. (2024). Функционална оценка и идентифициране на потребностите при деца и ученици със синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност. Е-списание Педагогически форум, бр. 2, 2024, 45–52. ISSN: 1314-7986, DOI: 10.15547/PF.2024.011. https://www.dipkusz-forum.net/chapter/67/pf2_2024bg

Боянова, В., Станкова, М. (2005). Хиперактивност и дефицит на вниманието. София: Фонд „Социална комуникация“.

Дамянов, К, Кисьова, Л. (2023) *Разработване на система за непрекъсната подкрепа. Взаимодействие между образователна, семейна и обществена среда. В колективна монография „Приобщаващо образование“ с.76-87, ISBN:978-954-07-5856-5, УИ Св. Кл. Охридски, София*

Матанова, В. (2016). Детска невропсихология: Нарушения на екзекутивните функции. София: Стено.

Стойчева, С., & Атанасова, С. (2017). Синдром на дефицит на вниманието и хиперактивност (СДВХ) В училищна възраст. Велико Търново: УИ „Св. св. Кирил и Методий“.

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). Standards for educational and psychological testing, American Educational Research Association.

Barkley, R. A. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). Guilford Press.

Bennett, S. D. et al. (2021). Evaluating the Effectiveness of a Mental Health Drop-in Centre for Children and Young People with Long-term Physical Conditions: A Mixed Methods Service Evaluation. *BMJ Open*, vol. 11, no. 4. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043083>

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In: W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, 793–828), Wiley.

Chen, Y., Zhou, R., Liu, J., & Wang, Z. (2022). Ecological validity of ADHD assessment instruments across different contexts: A systematic review. *Journal of Attention Disorders*, 26(9), 1278–1296.

Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., & Brandeis, D. (2024). Dimensional approaches to ADHD assessment: Advancements and challenges. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 341–359.

Döpfner, M. (2023). Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood and adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy* https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-662-49289-5_124-1

Deault, L. C. (2010). Maternal perceptions of attention-deficit/hyperactivity disorder: Roles of parenting stress and child behavior problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18(2), 108–121.

Denckla, M. (2023). ADHD: topic update, Brain and Development.

DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (2016). ADHD Rating Scale-5 for children and adolescents: Checklists, norms, and clinical interpretation, The Guilford Press.

Epstein, J. N., Kelleher, K. J., Baum, R., Brinkman, W. B., & Peugh, J. (2023). Theoretical foundations of parent-report measures of ADHD: A meta-analysis of construct validity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 78–93.

Estrin, G. L., Milner, V., Spain, D., Happé, F., & Colvert, E. (2020). Barriers to autism spectrum disorder diagnosis for young women and girls: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 8(4), 454–470.

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... & Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789–818.

Gardner, D., Gerdes, A. (2023). A Review of Peer Relationships and Friendships in Youth With ADHD. *Journal of Attention Disorders*.

Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Harvey, T. K., & Kofler, M. J. (2022). Executive functioning and emotion regulation in children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(4), 721–735.

Harrison et al. (2023) The Ability of Self-Report Methods to Accurately Diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, vol. 27(12)

Hyman, S. E. (2021). Neuroscience-inspired approaches to psychiatry: The dimensional path forward. *Neuropsychopharmacology*, 46(1), 217–218.

Kirkbride, J. B., Zanetta, J., Subramaniam, N. et al. (2024). Social adversity and child mental health: New evidence and mechanistic insights. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 315–328.

Jannat-Alipoor, Z., Fotokian, Z., Alikhani, M., Sarabi, N., & Pourhabib, A. (2017). The relationship between caregiving burden and parental stress in mothers of children with intellectual disabilities. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(147), 115–125.

Kirkbride, J. B., Zanetta, J., Subramaniam, N. et al. (2024). Social adversity and child mental health: New evidence and mechanistic insights. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(3), 315–328.

Knappe, S. et al. (2022). Associations of Symptoms of ADHD and Oppositional Defiant Disorder (ODD) in Children and Adolescents: A Population-Based Study. *Journal of Attention Disorders*.

Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., & Evans, S. W. (2013). What specific facets of executive function are associated with academic functioning in youth with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1145–1159.

Langberg, J. M. (2023). Clinical Change Mechanisms in the Treatment of College Students With ADHD: Trajectories and Associations With Outcomes. *Behavior Therapy*, Vol. 54 (3), 444-460.

Liu, H. (2025). The effect of working memory deficits on academic performances among children with ADHD. *Communications in Humanities Research*, 55. <https://doi.org/10.54254/2753-7064/2024.21250>

Loe, I., Feldman, H. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654.

Loe, I. et al. (2023). Adverse Effects of α -2 Adrenergic Agonists and Stimulants in Pre-school-age Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Developmental-Behavioral Pediatrics Research Network Study, *The Journal of Pediatrics*.

Mart Aín-Rodríguez, S., Rodríguez-Pérez, C., Castro-Sánchez, A. M., & Lara-Palomo, I. C. (2024). Qualitative research in health sciences: A practical guide for clinical settings. *Journal of Clinical Research*, 47(3), 278–295.

Mart Vínex-Vérez, M., González-Pérez, A., & Sánchez-Rivera, S. (2024). Alternative therapeutic approaches for children with ADHD: A systematic review of art and music therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 31(2), 75–89.

Mautone et al. (2023). Reducing disparities in behavioral health treatment in pediatric primary care: a randomized controlled trial comparing Partnering to Achieve School Success (PASS) to usual ADHD care for children ages 5 to 11 – study protocol, *BMC Primary Care*, Vol. 25, article number 225.

Mohr-Jensen, C. et al. (2019). School psychologists can provide teacher training and education about ADHD etiology, symptoms, and interventions to be inclusive and effectively manage ADHD symptoms in the classroom. *Journal of School Psychology*.

Moore, S. J. (2024). Non-pharmacological treatment interventions for women and girls with adhd: a systematic literature review. The University of Arizona.

Mulraney, M., Coghill, D., Bishop, C., Mehta, S., Sciberras, E., & Efron, D. (2023). A systematic review of socioeconomic status and ADHD: Implications for assessment and intervention. *Journal of Attention Disorders*, 27(3), 210–225.

Murray et al. (2024). Early emotion regulation developmental trajectories and ADHD, internalizing, and conduct problems symptoms in childhood, *Development and Psychopathology*, Cambridge University Press.

Nascimento, A. O., Rocha, J. S., Silva, H. A., Dazzani, M. V., & Moreira, F. G. (2020). Methodological aspects in the evaluation of instruments for children: A systematic review. *Trends in Psychology*, 28(1), 143–156.

Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020). Development of ADHD: Etiology, heterogeneity, and early life course. *Annual Review of Developmental Psychology*, 2, 559–583.

Owens, J. S., Murphy, C. E., Richerson, L., Girio-Herrera, E., & Himawan, L. (2022). Teacher-delivered interventions for children with ADHD: A meta-analysis of academic and behavioral outcomes. *School Psychology Quarterly*, 37(3), 250–264.

Power, T. J., Mautone, J. A., & Soffer, S. L. (2024). *Family–School Success for Children with ADHD: A Guide for Intervention*. Guilford Press. Paperback. ISBN 978-1462554362.

Pergantis, P., Koulourakis, G., & Anagnostopoulos, D. (2025). Artificial intelligence applications in ADHD screening: A new era of assessment tools. *Digital Health Technologies*, 12(1), 45–67.

Peterson et al. (2024). Treatments for ADHD in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*, Vol. 153.

Pfiffner, L. (2023). Development of a Web-Based Training Platform for School Clinicians in Evidence-Based Practices for ADHD. *School Mental Health*, Vol. 15, 49–66.

Pliszka, S. R. (2009). *Treating ADHD and comorbid disorders: Psychosocial and psychopharmacological interventions*. New York, NY: Guilford Press.

Powell et al. (2023). Perceptual alterations in the relationship between sensory reactivity, intolerance of uncertainty, and anxiety in autistic children with and without ADHD, *Development and Psychopathology*.

Reid, R. C., & Johnson, C. P. (2023). Parental cognitions and perceptions of ADHD: Impact on assessment validity and treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 112–127.

Richardson et al. (2025). Secondary Educators' Knowledge and Perceptions of Their Own Self-Efficacy as It Relates to 504 Plan Accommodations for Students Diagnosed With ADHD.

Rodríguez-Puertas, A., & Machimbarrena, J. M. (2024). Longitudinal relationships between screen media use and ADHD symptoms in primary school children: A three-wave study. *Computers in Human Behavior*, 153, 107764.

Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49, Article 48.

Sameroff, A. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association.

Samji, H., Kidd, S.A., Banerjee, R. & McCann, E. (2021). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 173–189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>

Scruggs, T., Mastropieri, M. (2023). Co-Teaching in Inclusive Classrooms: A Metasynthesis of Qualitative Research, *Exceptional Children*, 73(4):392-416.

Sibley et al. (2023). A Randomized Community-Based Trial of Behavior Therapy vs. Usual Care for Adolescent ADHD: Secondary Outcomes and Effects on Comorbidity. *Behavior Therapy*, Vol, 54(5), 839-851.

Shephard, E., Zuccolo, P. F., Idrees, I., Godoy, P. B. G., Salomone, E., Ferrante, C., ... & Polanczyk, G. V. (2021). The science of early-life precursors and interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(2), 187–226.

Spiel, K., Hornecker E., Zann T., & Kaufmann H. (2022). Material aspects and design implications for technologies supporting children with ADHD. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 31, 100335.

Storebø, O. J., Ramstad, E., Krogh, H. B., Janus, M., Holmskov, M., Rosendal, S., ... & Dieppe, P. A. (2018). Social skills training for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).

Thompson-Portillo, A., & Matson, J. L. (2022). Cultural considerations in the assessment of ADHD: A systematic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 44(2), 389–402.

Thompson. L. (2023). Executive functioning interventions for individuals with ADHD: a systematic review, University of Rhode Island.

Vasconcelos, M. M., Melo, L. R., Werner, J., Brown, R. T., & Rohde, L. A. (2023). Cross-cultural validation of ADHD rating scales: Challenges and solutions. *Journal of Attention Disorders*, 27(5), 523–537.

Ward, R. J., Bristow, S. J., Kovshoff, H., Cortese, S., & Kreppner, J. (2020). The effects of ADHD teacher training programs on teachers and pupils: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(3), 225–244.

Weber, S., Duchemin, A., (2023) Adult ADHD: A sensible approach to diagnosis and treatment. *Current Psychiatry*, Vol. 22, No. 11, 39-47.

Xia, Q., Zhang, Y., Li, S., & Pan, Y. (2024). An integrative model of technological exposure effects on neurodevelopmental disorders: Mediating mechanisms and moderating factors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 162, 105386.

Zhang, L., & Wang, H. (2024). Predictive validity of dimensional versus categorical assessment of ADHD: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 52(2), 245–259.

МЕТОДИКА ЗА СКРИНИНГ НА СДВХ (7–11 Г.)
ЧРЕЗ ВЪПРОСНИК ЗА РОДИТЕЛИ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Калоян Дамянов
Лилия Кисъова
Цветомира Ангелова
Невена Николова

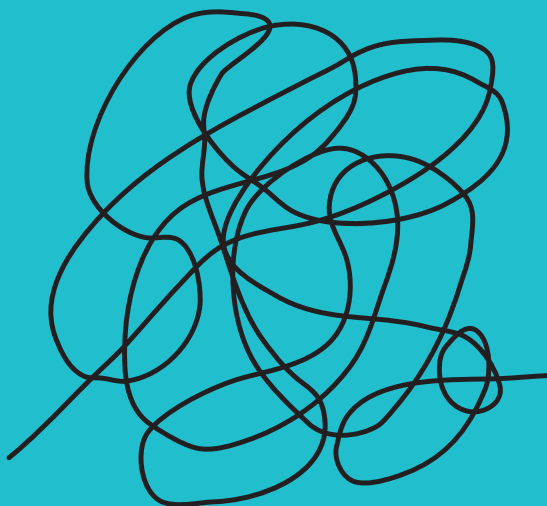
Българска
Първо издание

Текстов редактор: Маргарита Крумова
Преглед: Таралеж ЕООД

Печат „Нео Принт“

ISBN 978-619-7743-07-4

Издава:
Регионален център за подкрепа на процеса на приобщаващото образование,
София-град
www.rcsf.bg



ISBN 978-619-7743-07-4

