

Дисертация на тема:

**Мултиинформативна клинична оценка
на деца с проблеми в поведението**

Професионално направление 7.1. Медицина, Докторска програма:
Клинична психология- 04.12.2020

Докторант: Светла Стайкова

Научен ръководител: доц. Хариета Манолова, дм

| | |
|---|------------|
| Съдържание..... | 2 |
| Най- често използвани съкращения | 3 |
| Увод | 4 |
| Глава 1. Поведенчески проблеми и разстройства на поведението в детско-юношеска възраст | |
| 1.1. Проблемно поведение и разстройства в поведението в детско-юношеска възраст | 7 |
| 1.2. Коравосърдечност - Неемоционалност- предпоставка за проблеми в поведението | 24 |
| 1.3. Взаимоотношения с родителите, с връстниците и субективно благополучие- връзка с поведенческите нарушения | 33 |
| Глава 2. Психологично изследване на деца и юноши с проблеми в поведението | |
| 2.1. Мултиинформативната оценка- съвременен подход за психологично изследване | 37 |
| 2.2. Добри практики и стандарти при изследване на деца и юноши с проблеми в поведението | 52 |
| Глава 3. Постановка и организация на емпиричното изследване | |
| 3.1. Обект, цел, хипотези и задачи на изследването | 76 |
| 3.2. Методи на изследване | 78 |
| 3.3. Процедура и изследвани лица | 84 |
| Глава 4. Резултати- анализ и обсъждане | |
| 4.1. Психометрични характеристики на инструментите | 88 |
| 4.2. Оценка на дискриминаращите възможности на Рейтинг скала за оценка на дефицит на внимание с хиперактивност, опозиционно поведение и разстройство в поведението..... | 127 |
| Глава 5. Обобщение и изводи | 141 |
| Библиография | 148 |
| Приложения..... | 166 |

Някои по- често използвани съкращения

МКБ- Международна класификация на болестите

ССТ-Бг- Въпросникът Силни Страни и Трудности

ССБВО- Скала за субективно благополучие и взаимоотношения

ОпР- Опозиционно разстройство

РП- Разстройство на поведението

РДВХ- Разстройство с дефицит на вниманието и хиперактивност

ПсП- Просоциално поведение

ADHD- Attention deficit hyperactivity disorder

CD- Conduct Disorder

CU- Callous–Unemotional Traits

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICU- Inventory of Callous-Unemotional Traits

SDQ- Strengths and Difficulties Questionnaire

Увод

Клиничната диагноза на проблемите в поведението е здраво стъпила върху неоспорима емпирична основа, като за създаването на съществуващите диагностични рамки и правила, е използван впечатляващ обем от данни (Rachael C. et al., 2012). В годините са правени множество опити за класифициране на тези разстройства като и към момента продължават споровете между специалистите в областта, относно това доколко съществуващата диагностична номенклатура успява да обхване хетерогенната природа на търсените поведения.

Съвременните обзори идентифицират значителен брой рискови фактори за агресивното и антисоциалното поведение в детска и юношеска възраст, свързани както с индивидуални характеристики (напр. невропсихични дефицити, темпераментови особености, емоционална дисрегулация и др.), така и с характеристики на по-широкия социален контекст (отхвърляне от връстниците, дисфункционално семейство, криминогенна среда и др.). Въпреки ролята на контекста фокусът в изследванията се измества от агресивния акт към развитието на агресивната личност, т.е. от агресивните постъпки и провокиращите ги ситуации към оценка на агресивното дете в рамките на екологичната система.

Сред личностните детерминанти на агресивното, нарушаващо нормите поведение, вниманието на изследователите привличат 2 относително по-късно идентифицирани личностни черти, означавани като коравосърдечност и неемоционалност (дефицит на емпатия, липса на угризения, чувство на вина и съжаление за извършеното, отказ от поемане на отговорност за причинена вреда, ограничен диапазон на емоции), чиято комбинация изглежда особено рискова за ранно начало на разстройството на поведението при децата и за по-тежките прояви в юношеска възраст.

В настоящата работа е направен обзор на диагностичните характеристики на т.нар. поведенчески разстройства според актуално използваните медицински класификации, разгледани са възможностите за скрининг и оценка у нас и в други дестрани и е развит инструментариум, приложим в клиничен и извънклиничен контекст.

През последните три десетилетия в областта на психиатрията и клиничната психология настъпват две забележителни промени, които са силно свързани и взаимооидуциращи се. Едната от тях се отнася до създаването на описателен класификационен модел на психичните разстройства, а втората до бързото разрастване на употребата на стандартизирани методи за оценка (Myers K. et al., 2002) В основата на това развитие стои необходимостта от надеждност и валидност на прилаганите клинични и научно-изследователските подходи. Намаляващият интерес към проективните методики и увеличаващата се тенденция към търсене на научна основа в психиатричното и психологично оценяване, както и нуждата от подобряване на

диагностичната номенклатура и търсенето на обективни начини за измерване на резултатите от клиничните проучвания (правят стандартизираните методи за оценка, каквито са и т.нар. рейтинг скали, изключително популярни. Според специалистите и в двете области, също така нововъведеният дескриптивен модел увеличава възможността за постигане на съгласие относно симптомите, които включва една диагностична категория, тяхното сравнение и проследяване, а това позволява самата класификация да бъде определена вече като надеждна Corcoran K, Fischer J. Measures for Clinical Practice: A Sourcebook, 3rd ed, Vol I. New York, Free Press, 2000:pp.3–62.Ten-Year Review of Rating Scales, VII: Scales Assessing Functional Impairment.

Използването на рейтинг скали в клиничната практика може да бъде много полезно и ефективно, но за да се случи това, всеки от един от тези инструменти, следва да бъде внимателно включен в конкретната система за оценяване (Pincus et al. 2000). Най-честото им приложение се асоциира със: скрининг и идентифициране на индивиди с определени характеристики; съдействие при определяне на диагнозата съгласно съответната диагностична система; оценяване на клиничните характеристики отвъд диагнозата, с цел улесняване на избора на лечение; мониториране на ползите и страничните ефекти от лечението (напр. проследяване на симптомите). Друго приложение, като напр.определяне на прогнозите или за административни цели(напр. инвалидност или съдебномедицинска документация).

Скалите за оценка на поведението на деца и юноши осигуряват стандартизиран формат за обобщени преценки на определени поведенчески характеристики, които обикновено се очаква да бъдат направени от добре познаващ детето възрастен, напр. родител, настойник, възпитател или учител. Все по-широко приложение намират и т.нар. самооценъчни форми(обикновено при деца над 10г. възраст). Този вид инструменти е сред най-често използваните в диагностичната психологична практика и това се потвърждава от редица проучвания. Илюстративни са публикуваните от Edward S. Shapiro и Patrick F. Heick през 2004г. данни, представящи проучване на използваните оценъчни стратегии при ученици, насочени по повод социални, поведенчески или емоционални проблеми. Техните резултати резюмират допитване до 1000, произволно избрани членове на Националната асоциация на училищните психолози в САЩ, според които в 75 % от случаите в заключенията им фигурира информация, осигурена чрез поведенчески скали (Shapiro & Heick, 2004).

Като основна причина за предпочитане на оценъчните скали при работа с деца с проблемно поведение, се изтъкват преди всичко относително бързото събиране и обработка на информация от няколко различни източника и рентабилността им (относително ниска цена; не се изисква обучение). От позицията на нашата собствена практика като клиницисти, считаме че също така е важно да бъдат разгледани и някои специфики, които се оказват съществени не само при използването им в клинична среда, а изобщо. Методологията за оценяване при тях, за разлика от информацията, получена чрез непосредственото наблюдение или структурираното поведенческо интервю, се базира преди всичко на това как попълващият е възприел и интерпретирал конкретно поведение на детето и не отразява директно самото поведението.

Оценките/отговорите са силно повлияни от индивидуалните характеристики на попълващия, неговата нагласа (към детето, към проучването, към специалиста и др.), сензитивност, опит и др.

През 70-те и 80-те години, когато този тип инструменти започват да се използват по-мощно, недоверието към тях от страна на специалистите, работещи в клиничен контекст е по-голямо, в сравнение с това на практикуващите в образователната и социалната сфера. Една от изтъкваните причините, се свързва с тежестта на диагнозата, която резултатите биха могли да подкрепят или отхвърлят и последствията от това.

Към момента позицията на психологичната общност е че повечето оценъчни скали са стъпили върху стабилни научни основи и психометричните им характеристики са много по-добри, но също така, те трябва да бъдат адаптирани към съответната културална среда. Последното е особено важно, имайки предвид че не рядко отсъства единно мнение сред специалистите (както между тези от една професионална област, така и между граничните дисциплини, и родителите, като най-чести информанти) по отношение на съдържанието на оценяваните конструкции (напр. дефиниция на това което наричаме поведенчески проблеми), а те могат значително да варират от една култура до друга (Eugênio Grillo, Ronaldo J. M. da Silva, 2004). От друга страна, за да бъдат използвани в диагностичната практика, тези конструкции, следва да бъдат съобразени и със съвременните диагностични класификации, т.е. актуализирани.

Наличните у нас инструменти за психологично изследване като цяло са малко, често не са адаптирани и не рядко се разпространяват нерегламентирано. Това се отнася в още по-голяма степен до използваните рейтинг скали, които различни, базирани в интернет източници, предоставят свободно (основно протоколи, но не и ръководства за обработката, норми и т.н.). Описаните преди това факти, както и все по-честата заявка за психологична помощ при проблеми в поведението и уточняване на риск от поведенчески разстройства, стана повод за подготовката на набор от инструменти (скали), съобразени както с нуждите и специфики на дейностите в Клиника по детска психиатрия, така и със съвременното разглеждане на темата.

Глава 1. Поведенчески проблеми и разстройства на поведението в детско-юношеска възраст

1.1. Проблемно поведение и разстройства в поведението в детско-юношеска възраст

Поведение- „Съвкупност от действия и постъпки на човек като начин на живот или в някакъв момент, определени от възпитанието, морала, намеренията му и др.; държание.“

Държание- „Начин на отнасяне с другите, на десйтване, преценен с оглед на приетите от дадено общество морални норми; поведение, обноски, маниери.“

из „Речник на българския език“, БАН

Поведение- „Ами например в училище, когато някои госпожи се ядосат на някои деца казват „Това е безобразно поведение!“ . Означава че прави нещо лошо. Това е поведение. Нещо лошо.“

Е. 7г., с РДВХ

В специализираната литература, така както и в общественото и медийното пространство, могат да бъдат намерени различни понятия и формулировки, използвани за описание на поведението на децата и възрастните, особено що се отнася до неговите негативни измерения. От „проблеми в поведението“, „проблеми на поведението“, „трудно поведение“, през „**проблемно** поведение“ и „**проблематично** поведение“, до „нарушение на поведението“, „разстройство на / в поведението“, „поведенческо разстройство“, „поведенчески разстройства“ и т.н., изобилието от изразни средства, което може да бъде обяснено с „близостта“ на темата до ежедневието на специалисти от различни области (с пресечни точки) и на неспециалисти (хората като цяло), в същност води до объркване на същите тези потребители и изпълнители на услуги. Едно от негативните последствия от това понятийно разнообразие е омаловажаването на темата, negliжирането на затрудненията и нуждите, на тези които ги изпитват, и съответно задълбочаването им. Тъй като човешкото поведение е многоаспектно, разнообразно и сложно, то намирането на една универсална, монолитна дефиниция е невъзможно, но необходимостта от разбиране на смисъла, който влагаме в съответните понятия (изрази) изисква въвеждането на определени рамки или система, която ги обяснява. В медицината това се случва чрез т.нар. медицински класификации, осигуряващи не просто списък от кодове, класифициращи болестите и широк кръг от симптоми, абнормни прояви и т.н., които ги характеризират, но и задаващи съответната понятийна терминология (и теоретична рамка).

В тази част на глава I- ва ще бъдат разгледани накратко различните обяснителни подходи, свързани с разстройствата в поведението в МКБ 10 (Международна класификация на болестите), с която се работи в България, DSM- IV и DSM 5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorder), публикувана от Американската психиатрична асоциация и Френската класификация на психичните разстройства при деца и юноши- CFTMEA R 2012 (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent), приложима във Франция. Ще бъдат представени и определения, стандарти и препоръки за работа с деца и юноши с разстройства в поведението, изготвени от експертни групи към национални институции и др., напр. Национален институт за здраве и клинични постижения на Великобритания - National Institute for Health and Clinical Excellence и Social Care Institute for Excellence (NICE), Национален институт на здравето и медицинските изследвания на Франция - Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) и др. От значение е да се отбележи, че преводът на текстовете, включени в тези класификации, е повлиян от особеностите на съответните езикови среди и невинаги е възможен, поради което са използвани съответно английските или френските формулировки. Пример за това, межа да бъде намерен още в „Азбука на психиатрията“ („Manuel alphabétique de psychiatrie“) от Антоан Поро, излязла за първи път още през 1955г., където значението на думата *conduit*¹ не се различава от това на *comportement*², въпреки че, както отбелязва той „тя често е натоварена с морален смисъл.“(Poro., A., 1996). В днешно време, *conduit* се отнася преди всичко до онези действия, постъпки, поведения, които са свързани с нарушаване на социалните правила, докато *comportement* се асоциира с неадаптивни емоционални реакции. Това разграничаване, в действителност може да бъде разглеждано и като пресечна точка, както в обясненията на разстройството в поведението, така и на някои от основните сфери на обслужване, а именно здравна, социална и правосъдие.

МКБ-10 и DSM-IV определят различни диагностични критерии за Разстройство в поведението, като нападение, бруталност, унищожаване на материална собственост, кражба, измама, нарушения на правилата, като същите до голяма степен обхващат твърдения, използвани за индексирание на различните видове нарушения на правилата. Тази постановка на нещата, буди разбираемо негодувания в средите на психолозите и психиатрите, тъй като, ако се приеме, че разстройството в поведението задължително предполага нарушаване на установени социални норми в дадено социо-културно пространство, то логично е да се мисли дали всеки антисоциален акт не може да бъде приписван на това разстройство, с което специалистите не са съгласни (Inserm, 2005). Понятието „разстройство“, в областта на психиатрията се отнася до сбор от състояния на психиката, който води до поведение, отклоняващо се от приеманото за нормално (и типично за възрастта според съответните стандарти), и е свързано със субективно страдание и непълноценност (МКБ-10, 2008). В този смисъл, разстройството в поведението, следва да се свързва преди всичко с повтарящо се и продължаващо поведение на нарушаване на основните права на другите хора и на социалните правила

¹ Le Trouble des conduits – Разстройства в поведението F91 според МКБ 10

² Troubles des conduites et du comportement- Категория 7 според CFTMEA R

изобщо, като клиничният израз на разстройството трябва да бъде разглеждан във функция на възрастта на субекта. Исторически погледнато, още от т.нар. « criminel-né » на Lombroso³, се поставя въпроса за границите между отговорността и виновността, или между медицината и правото що се отнася до т.нар. разстройства в поведението.

През 1968г. Разстройство в поведението е въведено за първи път в DSM-II, а малко по-късно, през 1977-1978 и в МКБ-9, класификацията, която е дело на Световната Здравна Организация и с която се борави у нас. В DSM-III, публикувана през 1980г. антисоциалните поведения, описани в предходната версия, са разделени на две отделни категории- Опозиционно разстройство и разстройство на поведението, с различни подтипове, които са във функция от социализацията и наличието или липсата на агресивност (лошо социализирано агресивно/ неагресивно; социализирано агресивно/ неагресивно).

Както по-късно това е отразено в последващите версии на тези класификации, с времето се установява, че някои разстройства на поведението са ситуационно зависими и следователно това води до въвеждането на категориите „разстройство на адаптацията по време на детството и юношеството- с нарушение на поведението/ смесено нарушение/с добавен код V за антисоциалното поведение при детето или юношата, което не се дължи на психично разстройство“. От DSM-III-R, опозиционното разстройство вече е представено като „опозиционно разстройство с провокативно поведение“, от което следват и основните характеристики, свързани с ансамбъл от негативистично поведение, враждебност и провокации, без да са налице по-сериозни прояви на насилие спрямо другите (таква, каквито се съдържат в описанието на разстройство на поведението). Мислейки по този начин, постепенно специалистите достигат до обособяването на три отделни категории, обособени в ревизията на третата версия в глава „Разрушителни поведения“: РДВХ; Опозиционно разстройство с провокативно поведение и Разстройство на поведението, с два подтипа (агресия в група и индивидуално) и един индиферентен тип. Промяната в тази версия е свързана с това, че акцентът вече е поставен върху социалните и морални страни на проблема, но въпреки това, критикуващите я стигат до извода, че тя не е адаптирана към всички представители на популацията от деца и юноши и по специално към оценката на ранните форми на проява при момичетата (Earls, F, Mezzacappa, E, 2002).

Както е видимо от промените в класификациите, същите отразяват и едновременно с това повлияват предпочитаните обяснителните модели, използвани при проучване на разстройствата, при разработването на диагностични и терапевтични стратегии. По този начин, през 1994г. в DSM-IV се наблюдава вече една реструктурирана категория, отнасяща се до разстройствата в поведението, която запазва почти същото делене, но в глава, наречена „Дефицит на вниманието и разрушителни поведения“. Същата глава съдържа четири категории: разстройство в поведението; РДВХ (комбиниран тип/ невнимание/ импулсивност-хиперактивност),

³ Lombroso C. L'homme criminel (criminel né-fou moral-épileptique). Félix Alcan, Paris, 1887 (1876)

Опозиционно разстройство с провокативно поведение и Разстройство в поведението, неуточнено.

Докато в DSM-II подходът за описание на разстройствата е по-скоро „гlossenен“, в DSM-III се наблюдава реконцептуализация (обяснителни критерии, базирани по-скоро на надеждността, отколкото на валидността), в DSM-III-TR в по-голямата си част йерархичното представяне намалява и критериите се разширяват, то в DSM-IV се въвежда изричното изискване за клинична значимост на дистреса и последващите увреждания (Achkova M., Manolova, H., 2014). Още повече промени се случват в DSM-5, където подходът е нов-дименсионален, отразяващ идеята за спектралност в проявите на разстройствата, отчитащ и насърчаващ развитието гледна точка, културалните особености, тежестта и нивата на последствията от тях (Achkova M., Manolova, H., 2014). Тези промени намират място и същевременно отразяват новата идеята за разстройствата в поведението, която ще бъде разгледана по-долу. През 2012г., когато това проучване беше планирано, дискусиите около предстоящото излизане на DSM-5⁴ бяха много активно застъпени в средите на професионалистите. Запознавайки се с полемиките, около планираните промени, ние адаптирахме постановката на изследването, избирайки адекватни на предстоящата ревизия методи за оценка. Въпреки това, за конструирането на основния инструмент-Рейтинг скала за оценка на поведението, са използвани залегналите в DSM-IV TR критерии.

Разстройствата в поведението, според тяхното описание в DSM-IV TR, се характеризират с трудно, проблемни и/или опасни за околните поведения на детето или юношата. (Терзиев, Д., Полнарева, Н., 2007), с достатъчно пълен „симптомен списък“, достатъчна продължителност и нарушение на функционирането. При изпълнението на тези условия, се приема, че е налице клинична значимост, т.е. спазено е едно от новите тогава изисквания. Когато функционирането на детето/юношата не отговаря на тези нови изисквания, се препоръчва използването на формулировката „асоциално поведение“, която не може да бъде разглеждана като разстройство. В тази ревизия на класификацията, разстройствата в поведението са описани в главата наречена Разстройства, диагностицирани първо по време на ранното детство, детството или юношеството-*Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence*⁵-, характеризираща се със следните основни концепти:

- категоризирани са според това кога в хода на развитието е началото на проблема;
- основна характеристика на разстройствата е абнормното развитие и съзряване;
- акцентът е поставен върху неспособността на индивида да достигне до естествените развитийни нива и свързаните с тях функциониране, способности и поведения.

⁴ Независимо, че у нас прилаганата медицинска номенклатура е тази на МКБ-10, на практика по-голяма част от актуалните проучвания и програми са базирани на DSM и това наложи и избория от нас модел.

⁵ В DSM-5 такава глава вече няма, а разстройствата в нея са разпределени в две други глави, описани най-общо в текста.

В тази глава има отделна под категория, обозначена като Разстройства с дефицит на вниманието и разрушително поведение - *Attention-Deficit and Disruptive behavior Disorders*, в която са включени Разстройство с дефицит на вниманието и/или хиперактивност (3 типа- с преобладаване на дефицит на вниманието; с преобладаване на хиперактивност-импулсивностм комбиниран тип) (РДВХ), Опозиционно разстройство (ОпР), Разстройство в поведението (РП), и други свързани с контрола над импулсите разстройства (пиромания, клептомания и др.) и Антисоциално личностово разстройство (Терзиев, Д., Полнарева, Н., 2007). В DSM-5 основната част от тези разстройства са обхванати в една нова глава, обозначена като Разрушителни, свързани с контрола на импулсите и поведенчески разстройства - *Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders*⁶ (ОпР, РПр Антисоциално личностово разстройство, пиромания и клептомания), но също и *Intermittent Explosive Disorder*, което може да бъде преведено като Импулсивно експлузивно разстройство. В описанието на последното, отнасящо се до непрекъснати агресивни изблици, търпи известна промяна, като за разлика от DSM-IV, където е необходима изява на физическа агресия, в следващата ревизия се допуска и наличието само на вербална агресия и/или неразрушаваща/ ненараняваща физическа агресия. Нещо повече, по отношение на това разстройство, което се диагностицира относително рядко, DSM-5 предлага и специфични критерии, определящи честотата, необходима за изпълнение на критериите, и уточнява, че агресивните избухвания следва да бъдат импулсивни и/или гневни изблици, последствията от които са свързани със стрес, увреждане в професионалното или междуличностно функциониране, или с отрицателни финансови или правни последици. Освен това, поради недостатъчното изследване на това разстройство при малките деца и потенциално трудното диференциране на тези изблици от възрастово типичните тантруми е въведено изискване за възраст от 6 години (или еквивалентно ниво на развитие). Още една препратка към развитийната парадигма се забелязва и тя е свързана с особеностите в поставянето на тази диагноза при юноши и младежки, когато следва да бъде допълнително проучено влиянието на други разстройства като РДВХ, Разстройство с нарушение в настроенята и др., с които би могло да има връзка.

Преди да опишем промените в DSM-5, отнасящи се до РП и ОпР, е важно да отбележим, че **РДВХ**, което е едно от прицелните разстройства в това проучване и въпреки неговата популярност, тук ще бъдат изложени някои от промените, отнасящи се до неговото разбиране към момента. В DSM-IV TR РДВХ дори присъства в наименованието на съответната подглава, а в актуалната ревизия на същата класификация то е изведено в друга глава, а именно *Невроразвитийни разстройства* (Achkova M., Manolova, H., 2014). Невроразвитийни са разстройствата, при които са налице изоставане и/или отклонения в психичното развитие, като според DSM 5 те включват освен РДВХ, Разстройство от аутистичния спектър, Специфични разстройства в развитието на речта, на двигателните умения, на училищните умения, Интелектуален дефицит („intellectual disability“ е формулировката заменила в DSM- 5

⁶ Към момента DSM-5 няма официален превод на български език, поради което една част от термините и формулировките, които са включени в текста ще бъдат представени на английски език и/или смислов превод.

използваното в предишните издания „mental retardation“) и др. При тези разстройства са засегнати когнитивни функции и умения, които са тясно свързани с невробиологичното узряване. Първите особености се проявяват още в кърмаческа или ранна детска възраст, като дефицитите персистират с развитието, не са свързани с периоди на екзацербации и ремисии и показват тенденция за известно редуциране с хода на времето. Нарушенията засягат няколко области на психичното развитие, те са пожизнени и имат непрекъснато протичане, въпреки че се променят с възрастта. По-чести са сред мъжката популация и са налице данни за сходни разстройства в семейството. Приема се, че невроразвитийните разстройства имат области на припокриване и са свързани предимно с генетично предразположение (Manolova, H., 2018) . Преместването на РДВХ в тази група разстройства е свързано с промяната в разбирането за неговата природа и връзката с мозъчното съзряване. Същевременно, диагностичните критерии за него са подобни на тези в DSM-IV. В четвъртата рвизия симптомите на РДВХ са определени като поведения, които е необходимо да бъдат наблюдавани от няколко информанта в поне две области от живота на детето-напр. в училище и у дома, с препоръка за директно наблюдение на детето в училищната среда или осигуряване на информация от директен участник в нея (най- често учител, но също така училищен психолог, педагогически съветник или др.). Симптомните поведения са разположени в две дименсии по групи. Първата група се отнася до дефицита на внимание (известна като *Невнимание*), представено като трудности в задържането на вниманието за по- кратко време или както на психологичен език я наричаме нарушение в устойчивостта на вниманието. Тук са включени и лесно отвличане на вниманието, трудности в това да се концентрира върху определена задача, лесно отклонение на вниманието и др., сведени до конкретни поведения, които фигурират като айтеми в конструираната за целите на изследването Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението. Втората група симптоми, включва проявите на Хиперактивност – детето е в постоянно движение и/или говори непрекъснато, трудно остава седнало, а когато това се случи изпитва постоянна потребност от движение и др. Третата група е тази на Импулсивността- детето реагира прилързано и това води до грешки, прекъсва, не може да изчака реда си и др. В едната дименсия попадат само проявите, отнасящи се до първата група симптоми, а в другата, тези които описват втората и третата група. По този начин се оформят и трете подтипа, споменати по-горе.

В DSM-5 се използват същите 18 симптома, като остава поделянето им в две симптомни области (невнимание и хиперактивност / импулсивност), от които най-малко шест симптома в една област са необходими за диагностициране. Сравнявайки двете ревизии, трябва да бъдат отчетени няколко промени, направени в по- новата:

- към критериите са добавени примери, които правят възможно тяхното прилагане през целия живот, т.е. не само при деца и юноши, но и при младежи и възрастни;
- принципът на „крос-ситуационна консистентност“ или изискване за изява на "няколко" симптома във всяка ситуация.

- критерият за начало е променен от "симптоми, които причиняват увреждане, преди да са навършили 7 години" до "няколко" симптома на невнимание и/или хиперактивност-импулсивност, които са били налице преди навършване на 12-годишна възраст";
- допуска се възможност за коморбидна диагноза с нарушение на аутистичния спектър;
- направена е промяна, отнасяща се до прага на симптомите за възрастни- пет симптома, вместо шест, необходими за по-младите хора, както за невнимание, така и за хиперактивност и импулсивност.

*Опозиционното разстройство*⁷ е второто прицелно разстройство в изследването ни. То се отнася до трайно установени характеристики на поведението на детето като противопоставяне на възрастните авторитети, предизвиква ги и ги дразни, при отказ реагира с гневни кризи и др. Обикновено това са поведенчески модели, които се формират сравнително рано, най- често в предучилищна възраст и имат персистиращ характер. В DSM-5 са направени четири уточнения за критериите за опозиционно разстройство. Първото се отнася до това, че симптомите са разделени в три групи: гневно/раздразнително настроение, заядливо (провокиращо спор)/ предизвикателно поведение и отмъщение. Тази промяна подчертава, че разстройството отразява емоционалната и поведенческата симптоматика. Второто изменение е свързано с това, че изключващият критерий за РП е премахнат (допуска се същите да бъдат едновременно установени или преминаващи от едно в друго). Третото, отразява развитийната перспектива, а именно допускането, че много поведения, свързани със симптомите на ОпР, се срещат често в хода на естественото развитие на децата и юношите, към критериите са добавени бележки, които дават насоки за честотата на изява, определяща кога едно поведение да се счита за симптоматично за разстройството. Последната промяна, която е видима при сравнението на двете ревизии, е свързана с оценката на тежестта, добавена към критериите, за да отрази изследванията, показващи степента на „проникване“ на симптомите в различните среди и контекст (именно това е важен показател за тежестта).

Що се отнася до *Разстройство в поведението* (третото прицелно разстройство или петото, ако включим в броя трите подтипа РДВХ), в основата си критериите до голяма степен остават непроменени спрямо DSM-IV TR. Тези трайни особености в поведението на децата/юношите, с които започнахме тази глава, в тежките си прояви се отнасят до физическа агресия към хора и животни, често под формата на провокиране на сбивания, нападения с опасни предмети, прояви на жестокост и др. Те са свързани основно с нарушаване на определени правила и конкретните измерения могат да варират, но все пак списъкът със симптоми е относително богат и именно те са включени в Рейтинговата скала, която сме разработили. Промяната в DSM-5 относно РП е представена във фигура 1. Включена е възможност за уточняване, като за лицата,

⁷ Въпреки че в литературата на български език Oppositional defiant disorder се превежда като Опозиционно разстройство, в оригиналното наименование е включена и думата defiant, имаща смисъл на предизвикателен, което корелира с аналогичното р-во в МКБ 10, преведено като „Разстройство с противопоставяне и предизвикателство“.

които отговарят на пълните критерии за нарушението, може да бъде направена преценка за това дали имат ограничени просоциални емоции. Новият обяснителен модел позволява, също така да се определи дали у изследваното дете/юноша се регистрират и черти като коравосърдечност и неемоционалност, характеризиращи стилът на отношения в различен контекст. Тези промени се базират на изследвания, които показват, че хората с РП, които отговарят на критериите за спецификатора за коравосърдечност-неемоционалност, са склонни да имат относително по-тежка форма на разстройството и различен отговор на прилаганите терапевтични интервенции (APA, 2013).

Фигура 1. Разстройство в поведението, според промените в DSM- 5



Очаква се, промените от последната ревизия на DSM да намерят отражение и в очакваната 11 ревизия на прилаганата у нас МКБ (в момента се използва МКБ-10, а МКБ-11 предстои да излезе юли 2018г. уточнение за допълнения в т.нар. бета-версия, които ще се случват през следващите 5 години). Към момента в Клас V, наречен „Психични и поведенчески разстройства“, е включен под клас с наименование

„Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството“ и към него спадат 3 основни групи- Хиперкинетични разстройства (с нарушение в активността и вниманието; хиперкинетично р-во на поведението и др.), Разстройства в поведението (ограничено в семейна обстановка, несоциализирано РП; социализирано РП; Разстройство с противопоставяне и предизвикателство и др.) и Смесени р-ва на поведението и емоциите (депресивно р-во на поведението и др.). Ако сравняваме критериите за ХКР и РДВХ, макар и понятия от различни класификации, може да открием редица общи, базисни критерии. Въпреки това, като цяло ХКР би могло да се разглежда като по-тежка форма на комбиниран тип РДВХ. При детето с ХКР се регистрират едновременно и трите основни особености на РДВХ, освен в основните области на живот и в индивидуални ситуации, което е едно от обясненията, за това че тази диагноза се поставя по- рядко. Хиперкинетичните деца, често са безрасъдни и импулсивни, предразположени към злополуки и нарушават дисциплината по- скоро поради необмислени прояви, отколкото поради преднамерено незначитане и предизвикателство. Взаимоотношенията им с възрастните често са дезинхибирани, с липса на нормална предпазливост и съдържаност (Терзиев, Д., Полнарева, Н., 2007). Непопулярни са сред другите деца и могат да останат изолирани. Обичайни са нарушенията на когнитивните способности, а специфичното закъснение в двигателното развитие и речта е непропорционално често. Като вторични усложнения се срещат диссоциално поведение и ниска самооценка (МКБ-10).

Относно описанието на Разстройства в поведението в МКБ, то отново е с фокус върху устойчивостта и репетитивността на поведенческите модели с уточнение за това, че поведението е в сериозен разрез със съответните за възрастта социални норми.

Преди да се премине към представяне на някои базови данни относно етиологията, разпространението и целевите разстройства, ще бъде изложена в най- общи линии и една много малко позната у нас класификация на болестите, а именно френската- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)-R-2012.

Френската класификация на психичните разстройства при деца и юноши, взема под внимание специфични аспекти, отнасящи се до детството и юношеството, които отсъстват или са по- скоро слабо засегнати в останалите класификации. Това е двуосна класификация⁸, която включва речник и има йерархична база на организация. По този начин се избягва етиопатогенетичния модел, а също така и онези идеологии, отнасящи се до детерминантното приемане на нарушенията. Тук клиницистът, отвъд стандартното събиране на данни за поведението, следва да изгради един по-широк и всеобхватен подход на изследване, който обединява множество течения в педопсихиатрията, като същевременно се гарантират динамичната, структурната и

⁸ ос 1- „основни клинични категории“ и ос 2- “предходни, евентуално етиологични фактори“. Втората се отнася от една страна до тези нарушения, които са по- скоро органични, в смисъл на генетична основа на болестта, а от друга до тези, които са свързани с условията на околната среда и характеристиките на личността (Misès, R. et al, 2012)

еволютивната перспектива за психичната патология в периода на детството и юношеството.

Все пак, концепцията за психопатология тук е основно психодинамична. Изработеният модел, позволява диференцирането на отделни категории, обхващащи психичните разстройства, асоциирани с тези възрастови групи. Според проучвания, новата ревизия на тази класификация позволява почти пълна съвместимост с МКБ 10 (Misès, R., 2012).

Разглежданите в настоящия труд разстройства, са частично обхванати в СФТМЕА съответно от Категория 7, наречена *Troubles des conduites et du comportement*, която се доближава до 5-тата глава от МКБ-10. „Хиперкинетичните разстройства“, както са наречени във френската класификация, са описани с тремина „психомоторна нестабилност“. От гледна точка на симптомите този сбор от разстройства се характеризира с:

- в контекста на психичното - затруднения при задържане на вниманието; липса на последователност и постоянство при дейности, които изискват когнитивно участие; склонност към дезорганизиран, некоординиран и ексесивни дейности; определено ниво на импулсивност.
- в контекста на двигателната активност - хиперактивност или непрекъсната моторна агитация.
- в отношенията с възрастните, тези деца често проявяват липса на социална инхибиция, резервираност и сдържаност.

Разстройство в поведението, в смисъла, който се влага в МКБ и DSM не може да намери аналог във френската класификация. Сред включените в глава 7 разстройства, има редица такива, отнасящи се до хранителни разстройства, суицидно поведение, тревожност от раздяла, пиромания и др., но категория, която да съответства на РП или ОпР липсва. Обяснението може да бъде намерено в това, че според модела на мислене в тази област във Франция, нарушенията в поведението са свързани с взаимоотношенията, които детето изгражда със значимите за него възрастни и т.н., свързани с афективното и социалното развитие особености, с личностовите особености и тяхното формиране и др..

Относно етиологията на тези разстройства, както по отношение на РДВХ, така и спрямо РП и ОпР биологичната предиспозиция заема предно място и в този ред на мисли по-специално внимание през последните години се отдава на т.нар. „труден темперамент“. Относно РДВХ, което се разглежда по-скоро като описателна диагноза, с различни подгрупи, които най-вероятно имат различна етиология, то се допуска, че колкото по-тежко е изразено разстройството, толкова по-голяма тежест има биологичният компонент в неговата етиология. Значение се отдава и на генетичните фактори, семейната среда и модели на възпитание и др., което илюстрира биопсихосоциалния модел на разглеждане и превантивното и терапевтично отношение към тези разстройства.

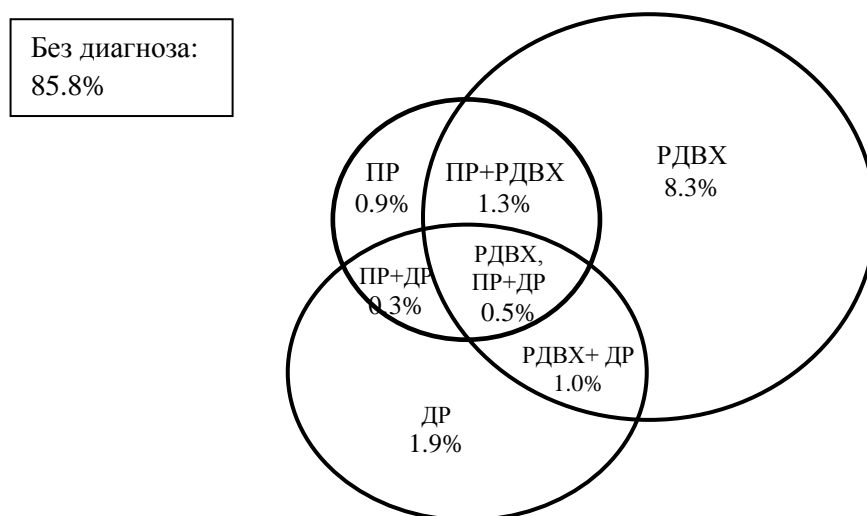
В ръководството на National Institute for Health and Clinical Excellence и Social Care Institute for Excellence на Великобритания разстройството на поведението и свързаните с него проблеми са определени като най-често срещаните психически и социални проблеми при децата и младите хора (NICE, SCIE 2013). Базирайки твърденията си на данни от Националния статистически офис (ONS), включващи информация от 1999г. до 2004г., авторите на това ръководство съобщават, че разпространението на поведенческото разстройство е средно 5% сред децата между 5 и 16 години. Те посочват, че разстройството на поведението почти винаги оказва съществено влияние върху функционирането и качеството на живот, както на самите деца, така и на свързаните с тях хора (родители, сиблинги и др.). Проучването на ONS от 1999 г. показва, че се наблюдава увеличаване на регистрираните случаи на разстройства на поведението най-общо, като в зависимост от социалния клас то варира, достигайки до четирикратно увеличение на разпространението в социалните класове D и E в сравнение със социална класа A. Проучване на същия институт от 2004г. установява, че почти 40% от децата, които са били в контакт с представители на т.нар. закрила на детето, са с регистрирано разстройство на поведението.

Нарушенията в поведението се характеризират с повтарящи се и продължителни модели на антисоциално, агресивно или предизвикателно поведение, които са персистиращи във времето и значително открояващи се на фона на подходящите за възрастта социални очаквания. Разпространението на разстройствата на поведението се увеличава през детството и те са по-често срещани при момчета, отколкото момичета. Отново по данни от доклада на NICE, 7% от момчетата и 3% от момичетата на възраст от 5 до 10 години имат разстройства на поведението; при децата на възраст от 11 до 16 години делът се увеличава до 8% при момчетата и 5% от момичетата. Те приемат, че разстройствата на поведението обикновено се съпътстват от други психични проблеми и посочват, че при 46% от момчетата и 36% от момичетата се регистрира поне едно съпътстващо психично разстройство. Като особено честа комбинация се разглеждат съвместното регистриране на разстройство на поведението с разстройство с дефицит на внимание и хиперактивност. В препоръките на NICE се посочва, че повече от 40% от децата и младежите с диагноза разстройство на поведението имат и диагноза РДВХ. При проследяване на тези деца става ясно, че разстройствата на поведението, проявени в детската възраст са свързани със значително увеличаване на риска от други психични проблеми по-късно в живота, включително разстройство на личността и проблеми в социалната сфера- до 50% децата и младежите с поведенческо разстройство получават по-късно в живота си диагноза антисоциално разстройство на личността. Разпространението на разстройствата на поведението в Обединеното кралство варира и според различните етнически групи, като например, то е по-ниско от средното при деца и младежи от южноазиатски произход и по-високо от средното при деца и младежи от семейство от Африка и Карибите.

В доклад на министерство на здравеопазването на Австралия, публикуван 2000-та година, се представят данни от реализирано преди това Национално проучване на психичните болести и благополучието при деца и юноши на възраст от 4 до 17 години

(МН, 2000). В него се обхванати 4500 деца, живеещи в семейна среда, като основната цел е да се оцени как психичното здраве влияе върху качеството на живота и как се случва достъпът на децата и юношите с психично-здравни проблеми до съответните структури и институции. Посочено е, че 14% от децата и юношите в Австралия имат психично здравни проблеми, което до голяма степен се доближава до предходни проучвания, както австралийски, така и от други страни. Именно последователността на тези резултати, дава основание на специалистите да смятат, че те са достоверни и могат да служат за база, върху която да се градят съответните мерки за грижи (МН, 2000). Това проучване също така установява, че най-често децата и юношите с психични проблеми ползват услугите на личните лекари, училищните консултанти и педиатрите, и че само 1 от 4 от тези деца ползват специализирана професионална помощ. Констатирайки това, едно от направените заключения е че интервенциите, които се предоставят следва да предлагат широкообхватна помощ както на самите деца/младежи, така и на техните родители и семейства. Отчитането на факта, че специализираните услуги са трудно достъпни и скъпо платени, авторите на доклада препоръчват фокусът на бъдещите дейности да бъде поставен върху програмите за стимулиране на психичното здраве, превенция на психично-здравните проблеми и едва след това на тяхното лечение или както заключават те, за развитие на алтернативни подходи за намаляване на разпространението на тези проблеми (МН, 2000). Също така, те подчертават, че от изключително значение е усилията да бъдат насочени и към създаването на ефективни партньорства в секторите на здравеопазването, образованието и социалните услуги, за да се отговори по-добре на идентифицираните потребности и да се осигури подходяща среда за развитие на децата и юношите. В същия този доклад има отделна глава, посветена на резултатите от оценката на разпространението на три психични разстройства, имащи отношение и към нашата тема, а именно- Депресивно разстройство, Разстройство на поведението и РДВХ. Използвайки диагностичната рамка, която обикновено се прилага в здравните услуги, родителите на деца и юноши на възраст от 6 до 17 години са били администрирани с Diagnostic Interview Schedule for Children (версия IV), която изцяло използва критериите на DSM-IV. Важно е да се отбележи, че оценката е направена изцяло въз основа на данни, осигурени от родителите, а както е известно, родителите невинаги разпознават субективния дистрес при децата, и следователно може да се предположи, че ако в проучването бяха включени и самите деца като информанти, броят на регистрираните случаи би бил дори по-висок. Друг слаб момент в това проучване е, че наборът от въпроси, които се отправят към родителите е ограничен до три конкретни разстройства, а имайки предвид колко отличаващи се са изявиите на РДВХ в детско-юношеска възраст, може да се очаква че децата, които са включени в тази група, може би биха получили друга диагноза или и друга диагноза, ако такава бе търсена. Съвсем очаквано, според публикуваните в доклада данни, най-често срещаното разстройство е РДВХ - 11,2%, като от всички тези деца и юноши едва 5,8% са определени от подтип невнимание, 2,0% хиперактивен-импулсивен подтип и 3,3% комбиниран подтип. Преобладаването на депресивното разстройство е ограничено до 3,7%, а разстройството на поведението е 3,0%. Интересно е да се отбележи и разпределението на тези данни по възраст и пол. Вижда се че при децата между 6 и 12 години 19.3% от момчетата и 8.8%

от момчетата отговарят на критериите за РДВХ, 4.8% от момчетата и 1.9% от момчетата получават оценки, определящи ги като деца с поведенческо разстройство и 3.7% от момчетата и 1.7% от момчетата попадат в категория депресивно разстройство. В групата 13- 17г. се наблюдават промени в съотношенията, като сред момчетата отново най- много са определени като деца с РДВХ- 10.0% , а сред момчетата най-голям брой са тези с депресивно разстройство- 4.9%. В същото време, ясно се вижда, че разпределението по пол спрямо депресивното разстройство в тази възрастова група е почти еднакво (4.8% момчета). Относно РП броят на регистрирани случаи намалява и при двата пола и съотношението се запазва - 3.8% при момчетата и 1.0% при момчетата. Интерес за нашето проучване представляват и резултатите от оценката на благополучието и качеството на живот. В този доклад, както и в други подобни, се твърди, че качеството на живот на децата и юношите с депресивно разстройство, с РДВХ или с РП е по- ниско във всяка една житейска област, в сравнение с тези, които нямат подобни проблеми. Този патерн е най-отчетлив по отношение на самооценката и затрудненията в отношенията с връстници, особено при ученици, при които име едновременно емоционални и поведенчески проблеми. Децата и юношите с депресивно разстройство или разстройство на поведението функционират по-ниско от тези с РДВХ. Относно значението на родителите и семейството като цяло, от публикуваните данни е видно, че децата и юношите с психични разстройства живеят в семейства с ниско ниво на сплотеност и те са разглеждани от родителите като носители на по-голямо влияние върху семейните дейности, в сравнение с тези, които нямат психични проблеми. Това в най- голяма степен важи за децата с разстройство на поведението. Интересни са данните, касаещи коморбидността. Фигура 2, пресъздадена по- долу показва установеното ниво на коморбидност между отделните разстройства. От нея се вижда, че при приблизително 23% от всички деца и юноши с едно от трите разстройства, идентифицирани в изследването, се регистрират симптоми, които отговарят на критериите за второ разстройство, като при момчетата това е в по-висока степен изразено (27%), отколкото при момчетата (15%). По-малко от 1% от децата и юношите отговарят на критериите за всичките три нарушения.



Фигура 2. Коморбидност- РДВХ, РП и депресивно разстройство(МН, 2000).

Диагнозата поведенческо разстройство е силно свързана с лошо училищно представяне, социална изолация, а в юношеството и със злоупотреба с вещества и увеличен риск от контакт с полицията и съдната система. Тази тенденция продължава и по-късно в живота им, като обикновено като възрастни, те имат по-ниски образователни резултати и по-лоша професионална реализация качества, контактът с представители на правосъдната система е чест (до 50%), а също нивото на психично здравни проблеми е високо. Поставянето на поведенческите разстройства в групата на невроразвитийните патологии в DSM 5 е един от отговорите за по-добро разбиране на еволюиращите разстройства с ранно начало на психопатологията и континуитет към личностовата и поведенческа патология на възрастния (Полнарева, Н., Терзиев, Д., Аврамова, А., 2016). Според статистически данни от цитираното по-горе проучване, в даден момент от живота си 90% от хората с антисоциални личностното разстройство ще има друг проблем, свързан с психичното здраве (МН, 2000).

Разстройствата на поведението са най-честата причина за насочване на деца и юноши към ползване на услуги в Психично-здравните служби за деца и юноши-SAMHS (МН, 2000; NICE, 2013). Също така, тези деца са значителна част от работата на специалистите в системата за здравеопазването и социалните грижи. Например, 30% от стандартните консултации с общопрактикуващите лекари за деца са свързани с определени поведенчески проблеми, 45% от децата, обслужвани в системата на здравеопазването са насочвани във връзка с проблемно поведение, а психиатричните разстройства са фактор при 28% от всички проведени педиатрични амбулаторни консултации(МН, 2000, NICE, 2013). В този ред трябва да бъдат поставени и социалните услуги или грижи, като в докладите от съответните служби в Обединеното кралство, се посочва че децата и юношите с РП, и техните семейства, са обект на чести интервенции, предлагани в социалната система, те са дефинирани като по-уязвими деца, които често се налага да бъдат изведени в приемно семейство. В образователната система тези деца или юноши също изискват активно внимание и често се осигурява специална образователна докрепа. Юношите и младежите, а не рядко и по-малките деца, често са обект на интервенции и от органите на правосъдната система и по-конкретно наказателната част от нея (МН, 2000, NICE, 2013).

Много институции могат да участват в грижите и терапевтичните интервенции на деца с нарушения на поведението, което представлява голямо предизвикателство и изисква ефективна координация между осигуряващите тези услуги. Разработени са различни програми, като най-общо тези, които са насочени към малката възраст, включват родителски тренинги, а мултисистемните подходи са застъпени преди всичко при по-големите деца, юношите и младежите (NICE, 2013). След като става ясно колко е висока цената на грижите, оказвани за едно порастващо дете с поведенчески проблеми, усилията на специалистите от различните сфери, ангажирани с тези проблеми, се насочват към изработване на превенционни стратегии и програми, каквито са Nurse Family Partnership, прилагани във Великобритания. Три теми са общи за тези интервенции: силен акцент върху работата с родителите и семействата, признаване на значението на широката социална система, като подпомагаща

ефективните интервенции и фокус върху предотвратяването или намаляването на ескалацията на съществуващите проблеми. Приемането на тези интервенции и постигнатите резултати варират в различните страни, както и в една и съща страна, в зависимост от съответната област и нейните характеристики (Manolova, H., Hristova, M., Stancheva, V., 2016). Напр. в Англия и Уелс, където програмите за родителство са най-добре развити, се прилага мултисистемен подход и се акцентира върху програмите за ранна интервенция (NICE, 2013) .

В допълнение към разработените програми специално за деца с нарушения на поведението, редица деца (и техните родители или полагащи грижи) се третират както от специализирани екипи на CAMHS, така и от общи услуги, базирани на общността, като например Sure Start (NICE, 2013) . Определянето на кои интервенции и агенции са най-подходящи е предизвикателство, особено за неспециализираните здравни заведения, социалните грижи и образователните услуги. Появяват се и други предизвикателства, още повече когато вземем предвид прилагането на превенционни програми и ранна интервенция, с определяне и избор на уязвимите групи, към които същите могат да бъдат приложени (Manolova, H., 2015). Фактори, които могат да бъдат свързани с повишения риск от развитие на разстройства на поведението могат да бъдат отнесени към родителите, техните характеристики, стил на поведение и възпитание, и др. Сред често изследваните фактори са именно непоследователният родителски стил на възпитание, психично- здравни проблеми при родителите (например депресия, антисоциално разстройство на личността и злоупотреба с психоактивни вещества), фактори на околната среда като бедност, както и отнесени към самото дете фактори като неуспехи в училище и наличието на други проблеми с психичното здраве (Manolova, H., 2015).

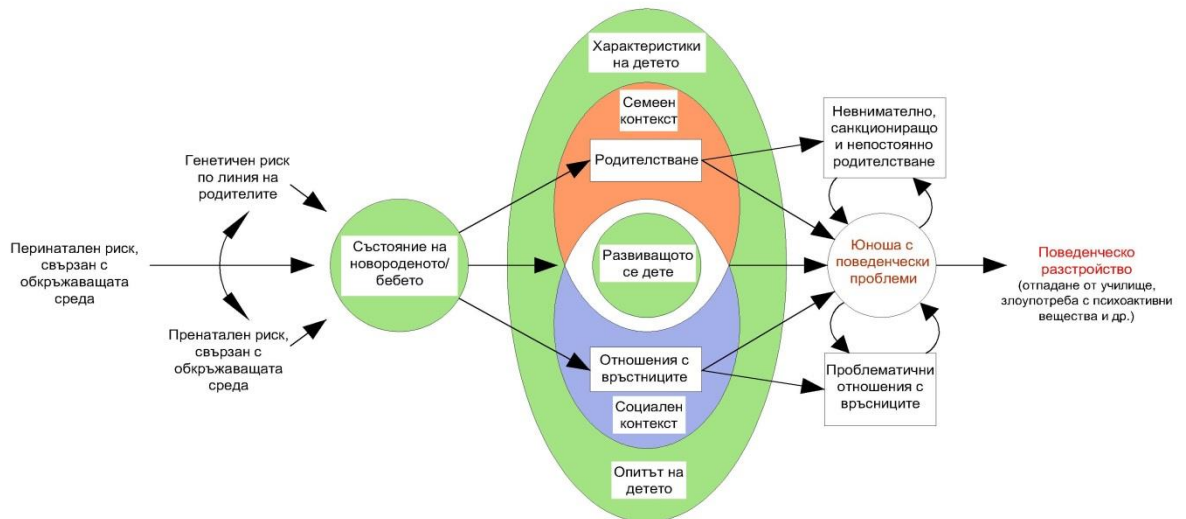
Препоръките на NICE обхващат редица интервенции, включително лечебни, акцентират върху индикативна превенция и селективна превенция (но не и универсална превенция), както и върху нуждата от прецизиране и адаптиране на дефинициите, разработени от Института на медицината. Това, което е от особена важност, е подчертаването на необходимостта услугите, насочени към обслужване на възрастни хора с психично- здравни проблеми, да работят съвместно и в координация с тези, които осигуряват оценка и интервенции при деца и младежи с разстройства на поведението. Диагнозата и менажирането на предоставяните или препоръчаните интервенции, трябва да бъдат преразгледани по време на т.нар. процес на преход и трябва да има яснота относно това кой е водещият клиницист, който осигурява непрекъснатост на грижите. Те изискват познаване на т.нар. пътеки за формиране на проблеми на поведението в периода на юношеството.

През последните години много проучвания са насочени не просто към анализ на физическото, емоционалното, когнитивното и моралното развитие в периода на юношеството, но и към формирането на девиантната идентичност, имайки за цел да изяснят кой от съществуващите теоретични модели е най- подходящ при определяне на подходящите интервенционни практики и преди всичко, тези свързани с превенцията. За тази цел е важно да се определят т.нар. рискови фактори,

предразпологачи не просто към проблемни поведения, но и към делинквентни такива, като на база направения литературен обзор, същите са илюстрирани във фигура 3.

Влиянието на тези фактори е различно в зависимост от това, дали същите се наблюдават изолирано или в комбинация (Manolova, H., Hristova., Stancheva, V. 2016), например, добре функциониращо семейство, ниски академични постижения, но позитивни отношения с връстниците. При наличие на няколко от тях рискът от проблемно поведение се увеличава експоненциално- напр. травма на главата, плюс семейна дисфункция, съчетана с академичен провал, драстично увеличават риска за психичното здраве на юношата.

Необходимо е познаване на основните концепции и теории, опитващи се да обяснят съвкупността от фактори, провокиращи девиантно поведение. Те осигуряват концептуална рамка за разбиране, тълкуване и прогнозиране на развитието, динамиката и възможния изход. Всеки модел допринася за по-добро разбиране на необходимите за ефективните интервенционни модели компоненти.



Фигура 3. Преход от проблемно поведение към поведенческо разстройство- фактори и предиспозиции

Тъй като целта на изложението е по- скоро да се очераят основните параметри, свързани с трудното поведение и разстройствата в поведението в детско-юношеска възраст, тук само ще бъдат споменати някои теории, допринесли за идеите, върху които е стъпило проучването. Една от тях е т.нар. Problem behavior theory (PBT), която е развита от Richard Jessor и Shirley Jessor, е много използвана за обяснение на адаптационните трудности и дисфункции в периода на юношеството (Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F.M. 1991). Според нея всички поведения са резултат от взаимодействието на три системи:

- поведенческа система- включва както проблемните, така и конвенционалните поведенчески структури. Проблемното поведение се определя като поведение, което се отклонява от социалните и правните норми на обществото и поражда социално-контролни отговори от външни източници. Конвенционални поведения са тези, които са социално и нормативно очаквани и приети.

- личностова система- включва съчетание от устойчиви, трайни психологически фактори и сложната структура на мотивацията и подбудите; тук влизат личните убеждения, свързани с концепцията на едно лице за себе си по отношение на обществото; личният контрол, свързан с причините едно лице да не участва в проблемно поведение. Проблемното поведение, определяно от тази система често води до ниски постижения, позитивна нагласа към девиантното, приемане на ценности, които са в противоречие със социалните очаквания, както и по-ниско самочувствие.

- системата на социалната среда- включва две структури: дистална, отнясаща се самото лице и връзките с неговата или нейната подкрепяща мрежа, и проксимална, която се занимава с околната среда на човека по отношение на наличните модели на поведение. Проблемното поведение, отнасящо се до околната среда често се свързва с прекалено силна нужда от одобрение; нисък родителски контрол, подкрепа и влияние; и несъвместимост между родителските и партньорски очаквания.

Този теоретичен модел предполага, че когато има сблъсък между системата на личността и тази на социалната среда, поведенческите проблеми стават явни, следователно ефективните интервенции предполагат включване и на двете системи. Приема се, че въпреки че рисковите фактори играят важна роля в определяне на проблемното поведение на подрастващите, тяхното влияние се определя и така да се каже редактира, от защитни фактори (Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F.M. 1991. Последните са също така и съществени детерминанти на резултата от интервенционните програми. Рисковите фактори, които допринасят за формирането на девиантни поведения са ниското самочувствие, ниските очаквания за успех, чувството на отчуждение и отчаяние (Личност система); ориентация към антисоциални приятели и родители, както и партньорски модели с проблемни поведения (системата на Околната среда); и изключване от конвенционалните институции и липсата на успех в училище (Поведенческата система).

Защитните фактори са тези, които позволяват голяма гъвкавост и са свързани с взаимоотношенията с възрастните, поддържането на семейни отношения, приемането на нормативен контрол от външна страна, конвенционалните модели на поведение при приятелите, добрите резултати в училище, участието в про-социални групи и в положителни социални дейности, положителното отношение към училището и нетолерантността към девиации, религиозна вяра, и доброволческите дейности. Jessor показва, че защитните фактори взаимодействат с рисковите фактори, по такъв начин, че когато защитата е висока, рискови фактори имат по-малко влияние върху проблемното поведение. Също така, когато няма защитни фактори, съществува директна линейна

връзка между рисковите фактори и проблемното поведение (Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F.M. 1991 .

Тези резултати подчертават значението на това как, кога и доколко се насърчават защитните фактори, а не приемането на повече конвенционални подходи, които се фокусират почти изключително върху намаляване на риска. РВТ показва, че адаптивните и проблемните поведения са свързани и че всяко едно проблемно поведение, трябва да се разглежда в рамките на комплексната система на личността и заобикалящата среда. Опитите да се развие ефективна интервенционна стратегия трябва да включват всяка една от тези системи, като особено внимание се отдели на утвърждаването и грижата за съществуващите защитни фактори в рамките на отделния клиент, неговото семейство и местната общност.

1.2. Коравосърдечност- Неемоционалност- предпоставка за проблеми в поведението

Съвременните обзори идентифицират значителен брой рискови фактори за агресивното и антисоциалното поведение в детска и юношеска възраст, свързани както с индивидуални характеристики (напр. невропсихични дефицити, темпераментови особености, емоционална дисрегулация и др.), така и с характеристики на по-широкия социален контекст (отхвърляне от връстниците, дисфункционално семейство, криминогенна среда и др.). Въпреки ролята на контекста, фокусът в изследванията се измества от агресивния акт към развитието на агресивната личност, т.е. от агресивните постъпки и провокиращите ги ситуации към оценка на агресивното дете в рамките на екологичната система. Сред личностните детерминанти на агресивното, нарушаващо нормите поведение, вниманието на изследователите привличат 2 относително по-късно идентифицирани личностни черти, означавани като коравосърдечност и неемоционалност (CU- callous-unemotional traits). Те се свързват с дефицит на емпатия, липса на угризения, чувство на вина и съжаление за извършеното, отказ от поемане на отговорност за причинена вреда, ограничен диапазон на емоции и комбинацията им изглежда особено рискова за ранно начало на разстройство на поведението при децата и за по-тежки прояви на РП в юношеска възраст.

При дефинирането на РП, както беше описано в предната глава, се разграничават лица с ограничени просоциални емоции, с изискването за наличие на поне 2 от посочените характеристики (виж. фигура 1). В същото време, относително малка част от пациентите с РП се характеризират и с „ограничени просоциални емоции” и именно те в рамките на многобройните налични вече изследвания се означават като проявяващи коравосърдечност и неемоционалност. Сред другите специфични характеристики на тези лица, се открояват търсенето на възбуда, отсъствие на страх и слаба чувствителност към наказание. Обикновено при тях е налице ранно начало на РП и те е по-вероятно да проявяват планирана, инструментална агресия.

Като цяло, децата с ранно начало на РП се характеризират с по-тежък и хроничен модел на антисоциално поведение, свързан както с диспозиционни рискови фактори, така и с проблеми в социализиращата среда. По-късното начало, през юношеските години, се свързва с по-скоро леки проблеми, ограничени предимно в юношеската възраст. Или ако обобщим, чертите на коравосърдечност и неемоционалност, изискват ранна идентификация поради по-ранното начало на асоциални прояви, по-високия риск от ескалации до тежки форми на деструктивно поведение, по-чести прояви на инструментална (хладнокръвна, планирана) агресия и като цяло, по-неблагоприятна прогноза за хронифициране на проблемите. Още в периода на подготовка за създаване на новата диагностична класификация, много изследователи публикуват текстове, дискутиращи основанията за въвеждането на този спецификатор и предполагаемите негативи, свързани с него (Frick et al., 2010).

Във втората част на първа глава, акцентът е поставен върху възможностите за оценка на т.нар. CU черти-характеристики, как оценката им влияе върху разбирането на РП изобщо и върху разбирането на индивидуалния случай, а не толкова върху обяснението на тяхната същност. За тази цел са подбрани и обобщени данни от проучвания-клинични и изследователски, върху CU чертите при деца и юноши. Към основанията за този избор е и разбирането, че оценката на коравосърдечността и неемоционалността е важна не само за разграничаване на определена група от деца и юноши с асоциално поведение с цел проследяване на връзката с психопатните черти в зряла възраст, но е от значение и за разбиране на развитието на асоциалното поведение в по-ранните години. Търсенето на усещания, предпочитанието към рисково поведение, отсъствието на емоционален отклик на чуждото страдание, слабата чувствителност и др., са само част от проявите, които се приписват на хората от тази група и те обикновено не се свързват с по-малките деца.

В „Базиран на доказателства оценки на РП: текущи разсъждения и подготовка за DSM 5“, едни от най-популярните изследователи в областта, а именно Barry, Frick и др. техни колеги, обобщават доказателства, свързани с етиологията, развитието и феноменологията на поведенческото разстройство, имайки предвид критериите за него, описани в DSM 5, включително трите спецификатора (Barry et al., 2013). Авторите проучват множество изследвания, свързани с темата, и обобщавайки данните стигат до заключението, че малък процент от младежите с РП проявяват черти, подобни на тези при възрастни с психопатия. Те установяват, че лечението на деца и юноши с изразени CU черти е по-голямо предизвикателство, отколкото ако повишените CU черти не са фактор, поради което наличието на такива е жизнено важно за изхода от съответното лечение. Данните показват, че РП, което започва в детска възраст е с по-лоша прогноза и повишен риск от развитие на антисоциални поведения в зряла възраст и авторите заключават, че възрастта на поява е критичен фактор в оценката и планирането на подходящото лечение. В обобщение, те извеждат четири основни практически извода от проучванията върху РП, описани по-долу

На първо място, тъй като проблемите в поведението са много различни по вид и тежест, инструментите за оценка трябва да обхващат широка гама от поведения и да

осигуряват начин за измерване на нивата на тежест. Второ, тъй като при пациентите с РП също са налице множество съпътстващи заболявания, оценките трябва да позволяват и скрининг за редица други разстройства. Трето, рискът и защитните фактори, които могат да играят роля в развитието и хода на поведенческото разстройство, трябва да бъдат оценени. Накрая, те обобщават, че оценките за РП трябва да идентифицират ключови конструкции, които биха могли да разпознаят различните пътища на развитието на РП и как ще се повлияят те. Те анализират полезността на различните инструменти за оценка, използвани в диагностиката и лечението на поведенческото разстройство и стигат до извода, че широкоспектърните рейтингови поведечески скали са полезни при предоставянето на норма-еталон за оценка на поведенческото разстройство, определяне на характерните поведения и идентифициране на потенциалните области на коморбидност. Все пак, от съществено значение е това да се използват множество източника на информация (информатори), които попълват тези скали и така позволяват да се получи точна представа за поведението на пациента, включително от него самия. Те предлагат прилагането на инструмент за оценка на CU, като в случая извеждат като пример Inventory of Callous Unemotional Traits (ICU; Frick, 2004.), който е един от използваните от нас въпросници.

Почти същият изследователски екип, оглавен от Frick, P. J., през 2014г. публикува текст, озаглавен провокативно "Могат ли CU чертите да подобрят разбирането, диагностицирането и лечението на сериозните поведенчески проблеми при децата и юношите? Подробен преглед“ На практика, това е цялостен обзор на проучванията, свързани с т.нар. CU черти или психопатичните черти при деца, юноши и младежи от 1990 година до 2014г. В резултат на него, авторите достигат до 3 важни извода, конституирани по-късно като въпроси и задачи:

- направеният преглед показва, че децата и юношите с тежки поведенчески проблеми, съчетани с високи нива на CU черти, имат отговори под средните при наказание и страх или мъка, преживявани от други хора. В сравнение с други антисоциални деца и юноши, те показват по-ниски нива на тревожност и повишена склонност към поемане на рискови поведения. Младежи с този вид черти изглежда по-често са имали опит с твърдо и антагонистично родителство от младежи, които нямат CU черти.
- в 118 изследвания се разглежда връзката между агресивното поведение, престъпността, антисоциалното поведение и CU чертите. От тези проучвания, 105 (89%), предоставят доказателства, че CU чертите са свързани с агресивни и антисоциални поведения.
- не на последно място е направен обзор на проучванията, които изследват резултатите от лечението при деца и юноши с повишени CU черти. Двадесет проучвания сравняват младежи с CU черти и такива без CU черти. В 18 от тези проучвания (90 процента) се прави извод за по-лоша прогноза при пациенти с високи CU черти. Изследванията отбелязват, че по-ниски резултатите често са налице, защото има особености в това как самите пациенти се включват в самите интервенции (качеството на тяхното участие) или дори отказът им да участват

активно на всеки етап и във всяка интервенция. Въпреки това, изводът до който достигат авторите след направеният преглед, е че, когато лечението са проектирани по начин, който да разглежда уникалните нужди на отделните хора, като се вземе предвид тяхният емоционален и мотивационен стил, пациентите с високи CU черти могат да бъдат лекувани ефективно (Frick, P. J., 2014).

В частта „Практически предписания“, екипът на Р. J. Frick обобщава, че този преглед подчертава необходимостта да се разбере степента на CU черти при децата и юношите с РП, за да може да се осигурят възможно най-подходящите грижи. Като се има предвид, че обикновено ниските резултати за децата и юношите с поведенческо разстройство и още по-лошата прогнозата за тези с РП и CU черти, специалистите следва да искат внимателно да се прецени наличието на такива черти, както и да създадат дизайн на лечението спрямо тях, съответно. Необходимо е да се подобрят използваните стратегии, за да се ангажират и задържат в процеса на лечение нуждаещите се лица. Лечението може да се ръководи, като фокусът се постави върху специфичните връзки между когнитивните, емоционалните, биологичните, личностните корелати и тези, свързани с околната среда (Frick, P. J., 2014).

Друго, заслужаващо внимание проучване е публикувано през 2013г. в *Journal of Consulting and Clinical Psychology* през 2013г. от August, G. J. и неговия екип. В него се обобщават заключенията от 10-годишно рандомизирано контролирано проучване върху превантивните интервенции при рано проявилите се поведенчески проблеми, а именно ефектът върху екстернализираните и интернализираните поведения в края на гимназията (August, G. J. 2013). Това проучване изследва превенционната програма "Умения за успех", приложима при ранопроявили се проблемни поведения. Това е мултидименционална програма, предназначена да ограничи и възпрепятства началната изява на социални, емоционални и поведенчески проблеми при юноши, чрез изграждане на умения за емоционална и поведенческа регулация, социални умения, и подкрепа на училищното приспособяване. В него са включени 245 деца в предучилищна възраст (средна възраст = 6,6 години, 68,6% от мъжки пол) оценени от учители, като проявяващите агресивно поведение. Те са били поканени да участват и в съответните интервенционни програми за срок от три години, от които две интензивни, или за да служат като контроли. След първоначална оценка, са реализирани 144 часа структурирани дейности през лятото или за повече от шест седмици, а през следващите 2 лета, децата са включени в шестдневен „booster camp“- трениране в определени умения чрез поведенчески техники. В началото на проучването е събрана информация от родителите и учителите, както и по-късно в 3 клас и в последната година от програмата. Данните за пол, екстернализирани и интернализирани проблеми, също се записват. През първите две години на интервенцията, децата показват подобрене в академичното си представяне и по-добро поведение в училище, в сравнение с участниците в контролната извадка. До третата година от програмата за умения, най-агресивните деца не само са показали подобрене във възможностите за саморегулация и в социалните умения, но и са успели да задържат тези успехи. 199 от оригиналните участниците са оценени чрез National Institute of Mental Health Diagnostic Interview

Schedule for Children Version IV в периода на гимназията (средна възраст = 16.3). Оказва се, че сред юношите от превенционната програма се установява по-голямо снижение в проявите на РП, ОпР и депресивно разстройство отколкото при контролите. Участниците в програмата представят приблизително 1.81 по-малко симптоми на поведенческо разстройство, в сравнение с техните връстници от контролните групи, с 95% доверителен интервал. Изводите са в посока на това, че посредством тази превенционна програмата, по-добрите социални умения, формирани в трети клас, водят по-късно до намаляване на симптомите на поведенческо разстройство в гимназията.

В практически план, последствията от това проучване, могат да бъдат в посока на това, че децата, които демонстрират разрушително поведение могат да се възползват от интензивни ранни интервенции, които да доведат до дългосрочни положителни резултати. За съжаление, тази услуга не е достъпна за повечето доставчици и нуждаещи се семейства. Специалистите могат да искат да се помисли как такива програми могат да бъдат реализирани в местните общности и какви данни е необходимо да се съберат, за да се докаже стойността на програмата. Може да се постави също така въпроса, за това как да се оцени причината за неуспеха и дали, ако в предварителната оценка на децата бъде включено изследване на СУ чертите, това ще позволи промяна/адаптиране на програмата и съответно по- висок резултат. Включването на въпроса за СУ чертите в интервенционно-терапевтичната сфера на проучвания се оказва по- скоро нетипично, но пък с идеята за падене на възрастта на оценяване се поставя и въпроса за това, доколко регистрирането им ще окаже влияние. Насоката на мислене не е просто от оценка към „терапия“, а по- скоро към развитие на умения и подобряване на разбирането (на детето за другите и на семейството за детето). Тъй като в клиничната си работа ние сме насочени не само към определяне на диагнозата, но и към съветване на родителите и децата/юношите, терапия и т.н., тези изследвания представляват особен интерес. Още повече, че една от причините за разработването на инструментариум за оценка на проблеми в поведението, бе именно своевременното идентифициране и своевременната подкрепа.

Друг терапевтичен опит е обобщен в „An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court referred adolescents with serious conduct problems.“ от Caron, A. и екип (Caron, A. et al.). Авторите представят независимо рандомизирано клинично проучване на мултисистемна терапия с ненасочени от съда юноши със сериозни поведенчески проблеми. Мултисистемната терапия (MST)- един от най-често използваните методи за лечение на поведенческите проблеми при юноши. Въпреки това, повечето оценки на MST са направени от тези, които разработват самата програма. Авторите на това изследване, провеждат независим преглед на MST с юноши с поведенчески проблеми, които не са насочени от съда. Сред участниците са 164 подрастващи на възраст между 11 и 18г., избрани от специални класни стаи за поведенчески интервенции в държавни училища. Те, заедно с техните семейства, са били рандомизирани, за да получават MST или типично лечение и са наблюдавани в продължение на 18 месеца след определяне на изходното ниво- използвани са доклади от родителите, учителите и самоописателни. Поведенческите проблеми,

функционирането в училище и съдебните регистри за престъпно поведение, са използвани като инструменти за външна крайна оценка. CBCL се попълва от родители, юноши и учители, за да се оцени първичният резултат от проблемното поведение. Както родителите, така и юношите, участващи в MST отчитат значително по-значимо понижение на екстернализираните проблеми, отколкото тези, които са включени в стандартното лечение. Учителите, обаче, не отчитат значителен ефект от лечението. Противообществените поведения, употребата на наркотици и училищното функциониране, са оценени като вторични резултати, използвайки самоописателна скала. Докато MST няма значителен ефект върху отчетите на антисоциално поведение или употреба на наркотици на пациентите, MST са имали значителен ефект върху някои аспекти на училищното функциониране, като например училищни отсъствия. От своя страна, родителите на включените в програмата юноши, съобщават за промяна на техния стил на родителстване, отразена в съответните инструменти, оценяващи семейните отношения. Тези средства за оценка показват положителен ефект като резултат от MST. Практическите последици- това проучване потвърждава ефикасността на MST за лечение на РП при деца и юноши, като един от въпросите, които авторите поставят е дали оценката на CU чертите би допринесла за осмислянето на ефикасността и съответно неуспеха на интервенции.

В едно съобщение от екип специалисти от Гърция се представят любопитни резултати- „Variants of Callous-Unemotional Conduct Problems in a Community Sample of Adolescents“ (Fant et al., 2013). Авторите приемат, че т.нар. CU черти в детска възраст са предшественик за психопатия по-късно и сред юношите с поведенчески проблеми те се проявяват като особено тежък, стабилен и агресивен модел на антисоциално поведение. Юношите с тези черти са хетерогенна група и аналогично на това, което се случва при възрастните с психопатия, проучванията показват, че са възможни два варианта, като при първият се допуска, че е налице ниско ниво на тревожност, а при вторият- висока ниво на тревожност. Авторите на това проучване изследват 2306 юноши от Гърция и Кипър (средна възраст 16г.; 49.7% момичета), като първата цел е да се проучи дали вариантите на CU чертите биха могли да се идентифицират чрез използването на латентен профил анализ на резултатите от оценката на тези черти, поведенческите проблеми и тревожността. Допълнителна цел на проучването е да се сравнят идентифицираните клъстери на външните теоретични мерила за тяхното разграничаване (т.е. самочувствие, нарцисизъм, импулсивност, търсещо поведение и проактивна/ реактивна агресия) и социални фактори, релевантни към развитието в периода на юношеството изобщо. Резултатите показват, че в допълнение към субгрупите с нисък риск (т.е. ниски резултати за наличие на CU черти, поведенчески проблеми и тревожност) и тревожност (т.е. високи резултати на тревожност, ниски резултати на CU черти и поведенчески проблеми), се идентифицират 2 групи от юноши с високи стойности при оценка на CU чертите и поведенчески проблеми. Вторият вариант на високо тревожни и CU черти се отличава с ниска самооценка в комбинация с повишено ниво на нарцисизъм, агресия и значително по- високо ниво на поведенчески проблеми, като се има предвид, че при варианта с ниска тревожност се отчита висока самооценка. При втория вариант на CU черти се отчита по- голяма

чувствителност към натиск и стремеж към популярност, в повече отколкото при другите варианти. И при двата варианта се наблюдават по-ниски резултати, отнасящи се до намален риск и тревожност при юношите, въпреки че тревожните юноши съобщават ниска самооценка, висока импулсивност и реактивна агресия, в сравнение с тези при младежи с нисък риск.

Наличието на CU черти (т.е. липса а чувство за вина/емпатия, коравосърденчо използване на другите, повърхностен/дефицитен афект) обозначава една важна субгрупа от деца и юноши с поведенчески проблеми, които показват по-тежък и агресивен модел на антисоциално поведение отколкото юношите и младежите без такива CU черти (Frick and Dickens 2006; Frick and White 2008). Импулсивността и нарцисизмът са двете други дименсии на юношеската психопатия, които позволяват да се разграничат отделни варианти. Например Kimonis et al. (2011) установяват, че импулсивността и нарцисизмът позволяват при юношите с психопатия да се разграничат варианти, които т.нар. CU черти не могат. Относно импулсивността, същият автор, но в друго проучване, съобщава че при психопатията с високо ниво на тревожност се отчита значително по-висока импулсивност в сравнение с варианта с ниска тревожност. В представеното преди това гръцко изследване използват - Callous-Unemotional Traits The Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU; Frick 2004), който е преведен и използван и за целите на настоящото проучване (включен в изборния инструментариум). По отношение на стабилността, ако концепцията за детска психопатия е приложима, то тя трябва да демонстрира значително стабилност във времето, както по време на детството, така и в юношеска възраст (Andershed, 2010.). В действителност, както в mean and rank order level психопатични черти показват умерена до висока стабилност през детството и в юношеството при различни извадки, за периоди, вариращи от 1 до 10 години (Frick и др. 2003).

В подкрепа на всичко написано до тук за CU чертите, последните проучвания върху индивидуалното ниво на стабилност, показват, че по-високата стабилност на психопатични черти във възрастта между 15 и 24г.е основание да се предположи по-лош изход по-късно (т.е. по-високи нива на антисоциални личностови характеристики при младежи и в началото на живота на възрастните) (Pardini et al., 2008) и по-лош резултат при интервенции, свързани с родителски тренинг при момчета-юноши и младежи (Hawes et al., 2007), което предполага, че изследователите следва да се съсредоточат върху проучване на предикативната полза на различията в стабилността на психопатните черти и по-конкретно коравосърдечност и неемоционалност.

И накрая, ако психопатията е конструкт, който е приложим към децата и детската възрастова популация изобщо, то би могло да се очаква, че ще се открият отношения между критерия за променливи, аналогичен на този при възрастните. Психопатията при възрастни е силно свързана с бъдещи антисоциални поведения, като престъпност и агресия (Leistico et al., 2008.; Hare, 2003). Както се очакваше, подобни констатации по отношение на антисоциални поведения са описани и при деца. Докато малко се знае за връзката между психопатните черти при децата в предюношеска възраст и престъпността, по-високи нива на тези черти са свързани с по-тежки

поведенчески проблеми, както и че те са същевременно предиктивни при проследяване за периоди, вариращи от 1 до 7 години (Frick et al., 2003). По отношение на насилието и агресията, както при психопатните възрастни, така и при децата с психопатни черти, се наблюдават повишени нива на проактивна или инструментална агресия, в допълнение с високи нива на реактивна агресия (Willoughby et al., 2008). Тези констатации по отношение на факторната структура на психопатия, стабилността и същевременните и бъдещите връзки с антисоциални проблеми, които наподобяват констатации, направени при изследване на възрастни хора, се предполага, че понятието психопатия е приложимо и при децата в предюношеска или ранна юношеска възраст. Едно скорошно развитие на дискусиата относно психопатични черти при децата се отнася до проблема с тези, които подават информацията или т.нар. информанти (Willoughby et al., 2008). Всички цитирани проучвания, изследващи психопатните черти при децата разчитат на доклади от родител и / или учител, и в по-голямата си част са използващи версии на Process Screening Device (APSD; Frick, 2001). Въпреки това, корелации между оценките на психопатия, използвайки различни информанти като цяло са ниски, което вероятно показва, че един (външен) източник на информация не може да покрие цялата проява на конструкта.

В действителност, поради редица причини, използването на първоизточника на информация (т.е. самооценката) може да предостави важна перспектива за детски психопатични черти, в допълнение към тази, събрана от трети страни. Първо, като цяло, децата са в уникалната позиция да докладват за свои поведения в редица ситуации, включително у дома, класната стая и игрището. Второ, специфичните за психопатия, вътрешни емоционални състояния, които са централни за психопатната констелация, като липсата на емпатия или вина, може да бъдат по-ясни за самите деца, отколкото за необучени наблюдатели като родители или учители (Andershed et al. 2002; Muñoz and Frick 2007). Има основание да се предположи, че деца в предюношеска възраст са наистина способни да оценят тези черти чрез самостоятелен доклад, тъй като вече редица проучвания показват, че още децата около 9 годишна възраст са в състояние надеждно и значимо да докладват за структури, свързани с психопатия като съпричастност, чувство за вина и нарцисизъм (Willoughby et al., 2008; Muñoz and Frick 2007; Frick et al., 2003). Едно емпирично изследване, фокусирано еднозначно върху полезността на самостоятелния доклад за измерване психопатични черти, е реализирано от Andershed и сътрудници и е от 2002 година, и използва инструмент, наречен Youth Psychopathic traits Inventory-Child Version (YPI-CV), който е адаптиран към когнитивното, емоционалното и езиковото развитие, както и към социалните реалности на 9-12 годишните (Andershed et al. 2002). Друго проучване, осъществено от Van Baardewijk и др. през 2008 (van Baardewijk, 2011) се опитва да разшири тези констатации за оценката на стабилността на респондентите за психопатните черти с течение на времето и да провери, едновременно и проспективно асоциациите между респондентите относно психопатните черти при децата в предюношеството и антисоциалните поведения, които обикновено се свързват с тези характеристики при различните възрастови групи: поведенчески проблеми и проактивна агресия. Първата хипотеза на авторите е свързана със значителната стабилност на психопатните черти

между изходното проучване и последващите активности (18 месеца). Втората хипотеза е свързана с положително асоцииране между психопатните черти и поведенческите проблеми, включително при проследяване. В оценка на поведенческите проблеми, са били използвани както самооценъчни доклада, така и такива от връстници и учители, за да се осигури по-широк обхват на детското поведение. Трета хипотеза- има връзка между психопатните черти на респондентите и агресията при последващи действия, особено с проактивна агресия. И накрая, тъй като последните изследвания показват, че разликите в нивата на стабилност на психопатни черти имат предикативно значение за бъдещи антисоциални поведения, авторите предполагат, че децата с най-стабилната и най- висока себепреценка за психопатни черти ще покажат най-лошия резултат по отношение на поведенчески проблеми и агресия при проследяването. По отношение на клиничните ползи от това изследване, може да се посочи, че разработването на валидни инструменти за оценка на психопатни черти за деца е от особена значимост, защото получаване на знания за ранното развитие, проявления и етиология на тези черти, в действителност създава условия за изработването на ранни стъпки за развитие на ефективни интервенции. Силна страна на това изследване е и използването на различни информанти. Както самото дете, така и връстниците и учителите, осигуряват една уникална гледна точка към поведението и социалното функциониране. Въпреки това, това проучване също трябва да се разглежда в светлината на редица ограничения, които ще трябва да бъдат преодоленни в бъдеще. Първо, както обемът на извадката е скромен и резултати изискват репликация в големи извадки. Второ, използваният дизайн не позволяват да се направи разделяне на стабилност на психопатни черти от припокриващи стабилност на поведението проблеми в предикативен план. Въпреки че тези заключения на авторите са в съответствие с предходни такива, техните констатации следва да се тълкуват с необходимото внимание. Те подкрепят идеята, че психопатните черти могат да бъдат измерени в ранна възраст и че самооценъчният доклад, чрез подходящ инструмент, може да осигури важна допълнителна гледна точка.

В заключение по тази тема, може да се обобщи, че основателно през последните години, усилията на изследователите в областта на психопатията са насочени към по-задълбоченото проучване и изследване на психопатните личностни характеристики в детска и юношеска възраст. От изброените проучвания, става ясно, че това е важна изследователска задача, която би допринесла значително за вникването в същността на състоянието, водещо понякога до сериозни антисоциални прояви и за разбиране на етиологията на антисоциалното личностово разстройство, което от своя страна ще се отрази значително, както върху практическата работа в клиничен контекст с психопатните личности, като в изследователски план за разработването на надеждни и валидни инструменти за ранна идентификация на потенциални психопатни случаи. Разбирането на същността на психопатията, както и на особеностите на психопатното поведение, е важна задача, предвид последствията, които личности с тези характеристики оказват върху социалното си обкръжение, като и върху обществото като цяло (престъпниците, които са диагностицирани като психопати, обичайно са извършители на особено жестоки и насилствени действия). Съвременният изследователски фокус върху психопатията е свързан със стремеж към разбиране на

развитийната ѝ перспектива, заедно с идентифициране на потенциалните предотвратяващи фактори.

1.2. Взаимоотношения с родителите, с връстниците и субективно благополучие- връзка с поведенческите нарушения

Направеният литературен преглед показва, че по-голяма част от информацията по темата за субективното благополучие, се фокусира върху това как то се преживява и съответно оценява от възрастни хора и в много по-малка степен от юноши и деца. Проучванията върху благополучието, които включват деца, често изследват как те повлияват родителското щастие и удовлетвореност, или как преживяванията в детството влияят върху благополучието в зряла възраст. Въпреки това, последните години се наблюдава нарастващ интерес към насърчаването на оценката на благополучието в детска възраст (Ben-Arieh 2006; Dwivedi and Harper, 2004).

В проучването на M. Holder и V. Coleman се изследва благополучието на децата чрез оценка на факторите, свързани със социалните взаимоотношения, които могат да повлияят щастието на 9г. до 12г. възраст. Авторите подчертават, че изследването на преживяването за щастие при деца има няколко предимства. Например, разработването на методи за изследване на преживяването за щастие в детска възраст, може да осигури средства, за оценка на въздействието на общността, училището, както и правителствени инициативи, върху детското благополучие. Освен това, идентифицирането на корелати и предиктори за щастие при децата, може да помогне на родителите, възпитателите и изследователите в тази област, да определят онези стратегии за промоция на щастието при децата, които биха били най-ефективни. В допълнение, чрез сравняване на факторите, които допринасят за преживяването за щастие при деца с тези при юноши и възрастни, може да се разбере как преживяването за щастието и изобщо разбирането за него, както и факторите, които допринасят за него, се различават между отделните възрастови групи. Проучванията показват, че нивото и предикторите за благополучие се променят с възрастта на оценяваните индивиди. Например, при децата от начална училищна възраст се отчита по-високо положителния афект, отколкото при по-големите ученици (Greene, 1990.). В допълнение, децата във втори клас съобщават по-висока удовлетвореност от живота, отколкото децата в осми клас, и академичните резултати от тестовете прогнозирают удовлетвореност от живота на децата във втори клас, но не и в осми клас (Chang et al. 2003.). Интересен факт е също така, че мъжете определят щастието от гледна точка на техния семеен живот, когато имат деца в училищна възраст, но преди и след тази фаза от семейния жизнен цикъл, те разглеждат щастието според случващото се извън семейството (Harrу, 1976).

Преживяването за щастието при децата между 9-12-годишна възраст е много подходящо за проучване, защото тогава те вече са достатъчно големи, за да имат цялостно и зряло, за тази възраст, разбиране на понятията за емоции, включително и на

тези за щастие. Емоционалната зрялост, характерна за този период, обикновено включва способността да се мисли за множеството източници на информация, когато се обясняват емоции, осъзнаването на това, че хората могат да изпитват повече от една емоция в един определен момент, както и на способността да се разбират по-широк спектър от емоции. Децата в тази възрастова група са развили способността да идентифицират и използват емоциите в сложни социални отношения (Schultz, 2004) и имат способността да разбират симултанни (едновременни) емоции, включително и щастие, и да приписват съответните причинно-следствени връзки на тези емоции, подобно на възрастните.

Въпреки това, децата в училищна възраст, могат да се различават от юношите и възрастните според тяхното разбиране на видовете и разнообразието от фактори, които допринасят за щастие, защото те нямат едно и също ниво на зрялост (например, възможност за изграждане на перспектива и емпатично развитие) и житейски опит, вкл. преживявания (например, гимназия, дипломиране и романтични връзки), които могат да повлияят на разбирането и съответно преживяването на щастие в по-късна възраст.

Деца във възрастта преди пубертета, биха могли да се повлияят повече от семейството си и едва по-късно от връстниците си. Също така, фактори, които са свързани с преживяването на благополучие при възрастните, като например удовлетвореност от работата, семейно удовлетворение и съпругеско щастие не се отнасят до децата и не могат да бъдат приложени директно към тях. Ето защо, за щастието в периода преди юношеството или ранното юношество, при децата могат да се идентифицират предиктори, които са уникални именно за тяхното щастие.

От друга страна, има проучвания на разбирането и преживяването за щастие при възрастни хора, които показват силната връзка между щастието на възрастните и това на децата, което прави идентифицирането на факторите, свързани с детска щастие особено важно. Също така, емпирични изследвания, подчертават ролята на социалните взаимоотношения за щастието, като например, Tkach и Lyubomirsky (2006) предполагат, че последователната силна връзка между екстровеитността и щастието се медира от социалната принадлежност. Те съобщават, че най-често използваната стратегията от студенти за промоция на щастие, е социалната принадлежност, която включва поведения като помагане на другите и общуване с приятели. По-специално, т.нар. социални хора (хората, които са оценили сами себе си като екстровеитни и благоразположени) са по-щастливи, ако в ежедневието си следват изключително социални цели (McGregor, I., McAdams, D. P., & Little, B. R., 2006). Социалните отношения могат да увеличат щастието, защото проучванията показват, че споделянето на опит може да увеличи наладата от тази дейност (пак там).

Теориите за ролята на социалните взаимоотношения в детска възраст и тяхното значение, обикновено се фокусират върху негативните диспозиции. Например, една от теориите е, че отрицателните преживявания с връстници, включително липсата на популярност, може да разстрои развитието на приятелства, което от своя страна може да доведе до самота и по-късно дори до депресия (Nangle et al. 2003). Ако тези теории

се прилагат към оценката на преживяването за щастие, то проучването на M. Holder и B. Coleman, би могло да установи, че положителните социални преживявания (например, чувството за популярност сред връстниците и излизания с приятели), може да бъде свързано с увеличаване на вероятността за преживяване за благополучие, и съответно негативните социални преживявания (например, чувство изключеност и липса на свързаност с другите), може да бъдат асоциирани с намаляване на вероятността за преживяване на щастие.

В съответствие с този модел, се установява, че деца от 6 до 12 клас, изпитват най-високите нива на моментно щастие, когато са с приятели и най-ниските нива, когато са сами (Csikszentmihalyi и Hunter 2003). Ето защо е важно да се оценят и двете социални мрежи- семейство и приятели.

Проучването на M. Holder и B. Coleman, цитирано и по-горе, изследва дали определени аспекти на социалните взаимоотношения и детското щастие са свързани (изследват 817 деца от 4-6 клас или 9-12г. в общообразователни училища в Западна Канада). Въпреки, че социалните отношения извън семейството са от висока значимост при дефинирането на преживяването за щастие както на възрастните, така и на юношите, тяхното значение или принос може да бъдат по-малко очевидно при децата в предюношеска възраст или в периода на ранното юношество. Счита се, че за по-малките деца, взаимоотношенията с техните семейства могат да допринесат повече за удовлетвореността от живота, отколкото взаимоотношения с връстниците. Малките деца прекарват повече време със семейството си и по-малко време с приятелите, в сравнение с по-големите. Все пак, доказано е, че детските приятелства с връстниците като цяло допринасят за детско благополучие и самочувствие (Dunn, 2004). Изследването на M. Holder и B. Coleman проучва връзката между децата и техните социални отношения както в рамките на семейството, така и извън него. Социалните променливи за деца са избрани от четири възможни области на социални взаимоотношения: (1) семейство (например, дали самите деца се възприемат като важни членовете на семейството, както и дали те са посочили, че са разочаровани от тяхното семейство); (2) приятелства (например, брой приятели, чувство за лекота при изграждането на приятелства, и честота на излизания с приятели); (3) негативни отношения с връстници (например, дали децата възприемат себе си като отхвърлени и обект на подигравки); и (4) държи се лошо към другите (например, дали самите деца се възприемат като отнасящи се зле с другите и дали се държат лошо у дома). Отчетат се демографски променливи, свързани със семейството (т.е. брой на братя и сестри, възрастта на родителите и семейно положение, също така са включени). Авторите идентифицират следните социални корелати и предиктори за щастие:

1) Променливи, свързани със семейството

Изследванията показват, че социалните променливи, свързани със семейството имат отношение към индивидуалните различия в субективното благополучие (Furnham and Cheng, 2000) Например, в едно изследване на Тери и Хюбнер от 1995г., взаимоотношенията с родители са били най-силните предиктори на удовлетвореността

от живота на децата началното училище. Тези констатации са в съответствие с вярванията на обществеността. Родители- проучванията показват, че променливите свързани с родителите имат директно отношение към преживяването на субективно благополучие от страна на тяхното потомство. Например резултатите от изследването на Suldo and Huebner, направено през 2004г., са показателни за директната връзка между родителските стилове на възпитание и субективното благополучие на децата. Друго проучване, това на Amato, датиращо от 1994г., показва че близостта с родителите има определящо значение за благополучието както на децата и юношите, така и на младежите. Въпреки това, при всяко едно от тези проучвания, се дискутира и промяната на тази значимост в различните периоди от живота. Правени са опити да се установи как раздялата и разводът на родителите се отразяват върху преживяването за субективно благополучие, но не са намерени достатъчно данни в подкрепа на убедителността на тази връзка (Cheng and Furnham, 2003). Независимо от това, важно е да се отчете и фактът, че опитът с развод на родителите в периода на детството има връзка с преживяването на психологически дистрес в зряла възраст.

2) Променливи, свързани с приятелите- здравите социални взаимоотношения, включително тези с приятелите, влияят върху субективното благополучие (Argyle 2001).

Негативни отношения с връстниците- изследванията, както при възрастни, така и при деца и юноши, показват, че негативните преживявания, свързани с взаимоотношенията с връстници имат пряко влияние върху преживяването за субективно благополучие и съответно върху формирането на понататъшни социални връзки. Например, резултатите от проучването на Demir et al. от 2007, показват съществуването на пряка връзка между конфликтните взаимоотношения и преживяването за нещастие (увеличават го). В допълнение, децата на възраст между 7-13 години, които са били жертви на тормоз от страна на свои връстници, разглеждат себе си като по-малко щастливи, по-малко популярни и имат по-малко приятели (Slee Rigby 1993).

В съответствие с тези констатации са съобщенията, че нестабилни интровертни юноши (т.е., страхуващи се юноши, които биха искали да се сближат със своите връстници, но не го правят) се оценяват като по-малко щастливи и по-малко популярни (Young et al.,1998). Социалното отхвърляне и изолацията могат да намалят чувството за щастие и субективно благополучие, в подкрепа на което са и други проучвания, показващи, че по-малко популярните възрастни (Holder and Coleman 2007) са по-малко щастливи. Преживяването за нещастие може да се определи като самоподдържащо се, тъй като в повечето обобщения от цитираните проучвания, се посочва че отхвърлените деца и юноши, очакват негативни развръзки на евентуални интеракции с техните връстници, което само по себе си, води до формираща се отрицателна нагласа и последващ от нея негативен резултат. Най- често разглежданите позиции се отнасят до оценка на два вида негативни отношения с връстниците: държи се лошо към другите и има негативни отношения с връстници.

Персоналните взаимоотношения са признати като един от най- мощните предиктори за щастие и субективно благополучие (Lyubomirsky et al. 2006). Много изследвания идентифицират силната връзка между социалната свързаност (афилиация), както по отношение на семейството, така и спрямо приятелите, и щастието (Lyubomirsky et al. 2005). Това, което е особено важно, е фактът, че вече ясно се говори не просто за връзка между тях, но за налачие на двупосочни каузални отношения, установени от лонгитудиналните изследвания, оценяващи субективното благополучие и/или преживяването за щастие. Не се откриват силни корелации между детското щастие и демографските фактори, свързани със семейството (напр. брой деца в семейството, възраст на родителите, семейно положение и т.н.). Резултатите показват, че като цяло променливите, свързани с щастието при групата изследвани деца, не се отличават съществено от тези, установени при други изследвания при възрастни респонденти. За децата от тази възрастова група, променливите, свързани с приятелите и семейството, допринасят за преживяването за щастие, защото социалното подкрепление (например, похвала или обвинение), най-често идва от семейството и приятелите, а то е определящо за него.

В нашето проучване темата за субективното благополучие заема основателно място, тъй като трудните поведения са предизвикателства както за семействата, така и за самите деца и още повече, когато са налице клинично значими дисфункции, преживяването на благополучие е застрашено, а това, както се вижда от направения обзор е от съществено значение за пълноценно функциониране (и в пряка връзка с него). Тъй като семейството и приятелството допринасят за преживяването за щастие при децата, както и при възрастните, а при проблеми в поведението и взаимоотношенията и двете системи страдат, може да се предположи, че изучаването на РП, ОпР и РДВХ през призмата не само на негативните прояви, регистрирани от другите, но и от гледна точка на субективните преживявания на самото дете, ще допринесе за разбирането на децата и техните нужди.

Глава 2. Психологично изследване на деца и юноши с проблеми в поведението

2.1. Мултиинформативната оценка- съвременен подход за психологично изследване

Приема се, че проблемите в психичното здраве произтичат от сложно взаимодействие между биологични, психични и социо-културни фактори, които представляват риск или съответно имат протективна роля за изява на неадаптивни реакции към обкръжаващата среда или социален контекст (Sanislow et al., 2010). Контекстът може да варира в зависимост от това до колко в него са налице условия за

провокиране на проблеми, свързани с психичното здраве, и съответно как той се възприема или влияе на конкретния индивид (De Los Reyes, 2013). Следователно, пациентите биха могли да проявят своя потенциал за психични проблеми, в рамките на един контекст, напр. домашна обстановка, но не и в друг, например училище. Всъщност много доказателства сочат, че голяма част от психичните проблеми в своята степен на изява, продължителност, честота, тежест и т.н. са „контекстуално вариращи”, като например социалната тревожност, проблемите с вниманието, доли агресивното и антисоциално поведение (напр. Bögels et al., 2010; , De Los Reyes, Briggs-Gowan, Cella & Wakschlag, 2012; Kraemer et al., 2003). Имайки предвид това, съвсем естествено е да се предположи, че тази контекстуална вариация може да не позволи на клиницистите да идентифицират или определят коректно даден проблем, което от своя страна да доведе до липса на адекватни подкрепящи интервенции и евентуално усложняване или дори негативно развитие.

В тази връзка, от психолога или детския психиатър се очаква да приложат такъв модел на изследване или консултиране, който включва събиране на информация от множество информанти. Това биха могли да бъдат т.нар. значими фигури в живота на детето/юношата/ възрастния (напр. родител, настойник, учител, съпруг и др.), както и самият пациент (De Los Reyes, Thomas, Goodman, & Kundey, 2013). Такива информанти биха могли да бъдат също така и специалистите, които познават вече детето, но които имат по-скоро друга роля в неговия живот- напр. неговият логопед, училищен психолог, личен лекар и др.

Мултиинформативната и мултисурската или мултимодална оценка се отнасят до тази практика, която изисква от хора с различни роли и перспективи, да споделят своите персонални впечатления от едно и също конкретно изследвано дете чрез един или повече канала/инструмента. Напоследък тя е предпочитаният модел за изследване на деца и юноши с проблеми в емоционалната и/или поведенческата регулация (De Los Reyes, Thomas, Goodman, & Kundey, 2013). Докато при изследването на възрастни се разчита изключително на самооценъчни скали и въпросници, при работа с деца в училищна възраст, се приема за задължително прилагането и на такъв вид инструменти, които предоставят информация от свързани с детето възрастни (било то родители, учители или други близки до неговото ежедневие), както и самото дете (АРА). В действителност, контекстът на оценка на лица в училищна възраст е фундаментално различен от този при възрастни хора, тъй като малко вероятно е първите да се насочат сами към оценка или интервенция, а също така и поради риска да не притежават академичен, когнитивен или мотивационен статус, необходим за прилагането на самооценъчни инструменти.

Подходът на мултиинформативната оценка би могъл да се прилага в клиничен контекст, както при вземане на решения относно диагнозата на пациента, така и при определяне на последващите грижи или планиране на лечението. В контекста на научната работа, този модел на осигуряване на различна гледна точка, също е силно препоръчван, особено що се отнася до оценката на ефекта от определено лечение, терапевтична програма и т.н. или определен диагностичен инструмент (напр., основани

на доказателства терапии, Weisz, Jensen Doss & Hawley, 2005;). В същност, както в директната клинична работа, така и в контекста на определена проучване или в изследователски условия, събирането на доклади от различни информанти, води до генерирането на много информация за психичните проблеми на пациентите, която, обаче, изисква внимателен и професионален анализ и интерпретация. Независимо от това, че един и същ инструмент се прилага при различни информанти, техните доклади често дават противоречива информация и биха могли да доведат до погрешни или несъгласувани заключения, т.е. "несъответствия между информаторите" (Achenbach, 2006; De Los Reyes & Kazdin, 2005, 2006). Например, в рамките на оценката в клиниката, един родител би могъл да опише своето дете, като дете с ниска самооценка и без приятели, докато самото дете, да определи себе си като добре прието в средата на връстниците и уверено в собствените си възможности. Пренесено към ефекта от лечението или терапията, специалистът например би могъл да отчете позитивни промени, докато пациентът или неговите близки биха пропуснали това или обратното.

Ако погледнем как тези разминавания в позициите на различните информанти са повлияли върху отношението на професионалистите в областта на психичното здраве и на самите потребители на нашите услуги, ще видим че в същност един от негативните ефекти е недоверието в предлаганите диагностични и терапевтични услуги и възможностите за направа на достатъчно обективни и достоверни изводи (De Los Reyes, 2013). Една от възможните причини за това недоверие, се крие във факта, че голяма част от изследванията на несъответствията между докладите на различните информанти, се фокусират върху степента, в която тези различия отразяват грешката в измерването или отклоненията в оценяването на информантите (например, De Los Reyes, 2011, De Los Reyes, Kundey & Wang, 2011). В същност, постановката трябва да бъде различна.

Теоретичната и методологична работа, насочена към определяне и развитие на т.нар. добри практики в оценката на психичното функциониране, днес вече акцентират върху това, че стойността на мулти-информативната оценки се състои в улавяне на уникалните перспективи на всеки информиращ да представи доклад (напр. Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Hunsley & Mash, 2007). Следователно, несъответствието не бива да се разглежда като недостатък, а като очакван резултат, свързан с различните контекст, гледна точка и позиция, обогатяващи разбирането за пациента.

Приема се, че несъответствията между докладите на използваните информанти могат да отразяват значими контекстуални различия в проблемите на психичното функциониране на пациентите, особено ако самите информанти общуват с него в различен контекст, напр. у дома или в училище (Kraemer et al., 2003). Важно е да се подчертае, че тази постановка на нещата, събира все повече последователи и че резултати от неотдавнашните проучвания извеждат на преден план предимствата от прилагането на мултиинформативния подход в клиничен контекст (Hunsley & Mash, 2007; De Los Reyes, Thomas et al., 2013),. Голяма част от тези изследвания са фокусирани върху оценката на психичното здраве на децата и юношите (De Los Reyes, Thomas et al., 2013), но вече са налице и повече проучвания, насочени към разбиране на

противоречията в оценките на различните информанти, отнасящи се до различните възрастови групи (Achenbach, Krukowski, Dumenci, & Ivanova, 2005, De Los Reyes, Bunnell & Beidel, Oltmanns & Turkheimer, 2009; van der Ende, Verhulst & Tiemeier, 2012).

Какво биха могли да отразяват несъответствията в мулти-информативната оценка?

Съвременните проучвания върху мултиинформативната оценка изхождат от допускането, че често използваните в рамките на психологичното и/или психиатрично изследване информанти, оценяват по различен начин търсените параметри на поведение или развитие у едно и също дете. Например, обикновено при изследване на психичното здраве в детско-юношеска възраст, се разчита на доклади, направени от родители и учители, които обикновено наблюдават децата и юношите съответно в домашни условия и в училищния контекст (Achenbach et al., 1987, Kraemer et al., 2003). Оценките на възрастни пациенти могат да следват подобен подход, тъй като тези оценки често се състоят както от самостоятелни доклади на пациентите, така и от доклади, изготвени от ангажираните с тях клиницисти (Achenbach et al., 2005). В същото време, тези преценки биха могли да отразят контекстуалните различия или по-конкретно, пациентите могат да базират своите доклади върху начина, по който се държат в работен контекст и /или у дома, докато клиницистите могат да вземат предвид тази информация, но също така да се съсредоточат върху това как пациентът се държи в клиничната среда (De Los Reyes, Bunnell et al., 2013). И в двата случая събраната информация може да се очаква да бъде различна, защото отразява както поведението и състоянието на пациента в различни среди, така и личната преценка на оценяващия, т.е. тя е пречупена през неговите възможности за наблюдение, нагласа, отношение и т.н. към конкретния човек и към проблемите на психичното здраве изобщо. По този начин, ако пациентите действително имат различно поведение, чувстват се различно или дори функционират различно в различни среди и в различно време, то несъответствията между докладите на различните информанти ще разширят представата на клиничния екип и ще отразят тези контекстуални вариации.

Описаното до тук се илюстрира добре от резултатите от едно проучване върху 327 деца между 3-5 годишна възраст, което установява, че в различен контекст децата демонстрират различни прояви на разрушително поведение, като това позволява от друга страна децата да бъдат диференцирани в различни групи именно според тези зависимости (контекст и прояви) (De Los Reyes, Henry, Tolan, & Wakschlag, 2009). Обособяват се следните групи деца, които проявяват форми на разрушително поведение:

- единствено при контакт с родителите
- само в контекста на интеракции с чужди възрастни хора (т.е. непознати, каквито биха могли да бъдат и самите специалисти, но те имат още по-натоварена роля)
- при общуване с родителите и с други възрастни

- деца, които не проявяват разрушително поведение в нито един от изброените контакти.

В същото проучване се вижда, че в своите оценки на деструктивното поведение на децата, родителите се доближават повече до това как се случва взаимодействието между тях самите и децата, отколкото с други възрастните, които не са родители, докато докладите на учителите съвпадат по-добре с това как децата се държат в рамките на интеракции с възрастни хора изобщо.

Подобни резултати са наблюдавани и при изследване на относително по-големи деца ($N = 123$ деца, средна възраст = 13,30), което се фокусира върху връзките между родителските и учителските доклади за агресивното поведение (Hartley, A.G., Zakriski, A.L., & Wright, J.C., 2011). Резултатите от това проучване показват, че родителите и учителите предоставят относително сходни доклади за агресивното поведение на децата, но в същото време достатъчно отличаващи се, за да се препоръча достъпът до двете групи информанти.

Приема се, че като цяло, при оценките на агресивното и разрушителното поведение при деца и юноши, информантите, които са представители на различните социални системи (семейство, училищна среда и др.), в които детето е включено, предоставят доклади, които правят възможно „картографирането на контекстуални вариации в психичното здраве на децата“ (De Los Reyes, 2017).

Ако пренесем този подход и го приложим при оценяването на възрастни пациенти, ще видим, че именно множеството информанти позволяват да се очертае по-добре контекстуалната вариативност на тяхното психично функциониране и да се очертаят по-съответни на нуждите терапевтични стратегии. В оценките на възрастни пациенти могат да се намерят и връзки между мултиинформационните оценки и контекстуалните вариации в психичното здраве. Например, за да усетят несъответствията между собствените доклади на пациентите и докладите на клиницистите при оценка на социална тревожност, изследователите администрират редица социални задачи (напр. едно на едно структурирани и неструктурирани взаимодействия, импровизирана реч) (De Los Reyes, Bunnell et al., 2013). Тази контекстно чувствителна оценка позволява класифицирането на дефицитите на социалната компетентност на пациентите (т.е. проблеми при изразяване на социално подходящо или нормативно поведение в рамките на социалните взаимодействия) в профили и свързва отчетите за симптомите на информантите с конкретни задачи. По-конкретно, става ясно, че докладите на пациентите и клиницистите за прицелните симптоми са по-съгласувани, когато пациентите проявяват последователни социални неумение при стравянето със социалните задачи, отколкото изолирани такива. Подобно на оценките на агресивното и разрушителното поведение на децата (De Los Reyes et al., 2009, Hartley et al., 2011), тези констатации осигуряват важна подкрепа за идеята, че несъответствията между докладите за психичното здраве на пациентите и клиницистите са екологично валидни разсъждения на контекстуални вариации в проблемите на психичното здраве на пациентите.

Несъответствията при оценяването на клиничните симптоми от различни информанти и в различно време се оказват едно от най-големите предизвикателства при идентифицирането на клиничните проблеми. Редица мета-анализи на съгласуваността в оценките на възрастни, младежи и деца, установяват ниски до умерени корелации между различните информанти, оценяващи едни и същи клинични симптоми, напр. r s вариращи от 0.20s до 0.60s. (Achenbach et al. 2005; Achenbach et al. 1987). Тези несъответствия са сред най-консистентните, но същевременно лошо разбрани феномени в изследванията на психичното здраве (напр. Achenbach 2006).

Разминаването или несъответствията в оценките на различните информанти често се отхвърля от специалистите, а също и от самите информанти (Bidaut-Russell et al. 1995), разглеждайки го като грешка в измерването или преодолагаема пристрастност, изводима от отношенията с оценяваното лице, например, депресия на майката е свързана с повишени оценки на симптомите (Richters, 1992). Въпреки това, се приема че несъответствията в мултиинформативната оценка, могат да отразяват действителното състояние, свързано с вариациите в поведението (напр. разрушително поведение в домашни условия, но не и в училище) и / или различията в знанията и опита на информантите. Например учителите имат различни от родителите познания и опит и могат да сравнят конкретното дете с много други типични деца на същата възраст, от същата среда и т.н. (Achenbach 2006, De Los Reyes и Kazdin 2005).

Допуска се също така, че до известна степен несъответствията или липса на такива, биха могли да отразяват различията, които съществуват при концептуализирането на специфичните клинични поведения изобщо. Консистенцията в оценките на определени симптоми, проявени в различен контекст, се счита за показател за тежестта и степента на увреждане при повечето разстройства, за които са налице фиксирани диагностичните критерии (DSM-IV, 5 и др.). Постановката на проблема е от значение при интерпретацията на резултатите. За да илюстрират това, най-често привържениците на тази позиция, дават пример с т.нар. опозиционно разстройство (Moffitt et al., 2007). Това разстройство, което се асоциира с предизвикателно поведение, най-често регистрирано още в ранна възраст, може да бъде ограничено в контекста на интеракциите между родител и дете, и тогава следва логичният въпрос, дали неговите прояви описват по-скоро специфичността на връзката между конкретния родител и неговото дете, дали отразяват едно проблемно родителстване, или наистина едно клинично разстройство при самото детето (Moffitt et al., 2007). Тази тема се разглежда и в дебата за валидността на разстройствата, свързани с разрушително поведение при децата в предучилищна възраст, като се предполага, че несъответствието в оценките на различните информанти, отразявайки поведението на детето в различни ситуации, в същност биха могли да отразяват по-скоро преходността на това поведение в хода на развитието на детето, и то не следва да бъде разглеждано като патерн, който има клинични измерения (Campbell 2002). Ако несъответствието в оценките на разрушителното поведение, се разгледа по-скоро като сигнал за преходността на тези прояви и че това поведение е ситуативно специфично, то логично

е да се очаква, че с времето ще отmine и не са необходими интервенции (De Los Reyes et al., 2009).

Преобладаващото мнение за несъответствието в докладите на информантите е свързано с прозаичното обяснение, че същото е отражение на грешка в измерването или в оценката на информанта, но като такива то буди редица недоволства и съответно множество алтернативни обяснения. В същност, несъответствията могат да отразяват реалните различия в ситуацияите, които обикновено служат като основа за оценката на информаторите (Kraemer et al., 2003). Родителите могат да базират рейтингите си за това как децата се държат у дома, визирайки конкретни дни, ситуации и т.н. (например, когато са помолени да приберат вещите си, да се измият, да си легнат и т.н.), а учителите могат да базират оценките си за това как същите деца се държат в училище, мислейки за други ситуации (например, реакция при подаване на инструкция към класа, взаимодействие с връстници). Много често, когато от родителите и учителите се очаква те да оценят поведението на децата, се пропуска това, че независимо че двата контекста на комуникация с детето се различават, но и всеки един от тях има много свои различия, които не могат да бъдат отразени в един въпросник- афективната връзка в и около момента на оценяването, нагласата към детето, нагласата към изследването, към родителя или учителя съответно, целта на дейността, която се визира и т.н. Тази многостранност съвсем естествено допуска различията и несъответствията в докладите на различните информанти. Оценката на родителите се базира на техния опит с тяхното конкретно дете или и с останалите деца в семейството, докато оценката на учителя обикновено почива върху познаване на множество деца в близка възраст в течение на години. Погледнато така, може да се допусне, че оценка на учителите, която се основава на по-голям опит, знания и база за сравнение, може да бъде по- съобразена с нормативните очаквания за децата изобщо, но в същото време е важно да се отбележи, че тя не изчерпва характеристиките и възможностите на детето, тъй като носи други ограничения, свързани със специфичната ситуация на общуване. Тези ситуационни вариации могат да доведат до несъответствия между родителските и учителските оценки (Kerr et al., 2007).

В съответствие с идеята, че информационните несъответствия отразяват ситуационните вариации в проявите на определено поведение, се поставя въпроса за това дали те отразяват в същност това как информантите възприемат тези поведения или самите прояви са различни в общуването в различните информанти. Специалистите в областта на т.нар. генетика на поведението установяват, че подходът на мултиинформационна оценка на поведението при т.нар. двойни проучвания, позволява да се разграничи пристрастността на информантите от специфичните поведения, които се наблюдават (Bartels et al. 2007 г.). Те достигат до заключението, че един информант осигурява по- малко надеждна информация за състоянието или функционирането на детето/юношата, и че прилагайки модела на мултиинформативната оценка, въпреки или именно поради несъответствията или разминаванията в отговорите на информантите, се достига до по- ясна картина за самото дете. Но това не означава, че един информатор предоставя по-малко надеждни оценки. Същите автори подчертават, че някои от

несъответствията могат да се обяснят с грешка на измерването, но че има несъответствия в оценката на отделните информанти, които представляват, отчасти, истинските вариации сред децата и това колко много поведението им е свързано с определен социален контекст. По този начин вариациите в оценките на детското поведение, направени от различни информанти, представляват не само артефакти на самото изследване, но и възможност за разбиране на голямата хетерогенност в клиничните модели, която има смисъл да бъде специално изучавана. Те отразяват също така, разликите в действителното поведение на оценяваните деца и техните взаимодействия с информантите, като представители на различни социални групи, в които са включени децата.

В съответствие с написаното до момента е предложението на De Los Reyes и Kazdin, за обяснителен модел, наречен Attribution Bias Context Model. По-конкретно, моделът допуска, че когато възникнат несъответствия в оценките на различните информанти, тези несъответствия се свързват със смисъла и значението, което самите информанти придават на това как и при какви обстоятелства те наблюдават търсеното поведение. Този модел е теоретичен и той изисква емпирична проверка (De Los Reyes и Kazdin 2005). Трудностите в разсейването на резултатите от пристрастеността на информантите, ситуационната вариация и уникалността на перспективата на оценяващите, изискват анализът на осигурената информация да става в контекста на всички данни, събрани в индивидуалната клинична оценка. Същите автори подчертават, че изясняването на клиничния смисъл на тези несъответствия в докладите на отделните информанти при независимо наблюдавани прояви на разстройство на поведението при малки деца и съществуващите паралелно контекстуални различия, е от съществено значение както за разбиране на приложението на подхода на мултиинформативната оценка в клиничен контекст (De Los Reyes и Kazdin 2005). За съжаление, обаче, идентифицирането на тези взаимоотношения сами по себе си не би дало отговор на въпроса дали в крайна сметка несъответствията в отговорите на информантите отразяват действителните вариации в поведението. В тази връзка те се опитват да разгледат две силно конкуриращи се обяснения.

Първото дефинира несъответствията в докладите като маркер за тежестта на дисфункцията. Ако допуснем това, то тези несъответствия биха могли да показват по-скоро по-леките форми на разрушително поведение, тъй като детето, което е оценено по различен начин от отделните информанти, има различно поведение в различните среди и съответно по-малко проблеми в поведението като цяло. Така погледнато, същността и степента на това деструктивното поведение на детето е по-вероятно да бъдат "изпуснати" или разнообразно интерпретирани в отделните ситуации от различните информанти. Следователно, ако обърнем перспективата, то може да се предположи, че при децата с тежка форма на разстройство на поведението, ще се очаква докладите на отделните информанти, да бъдат по-скоро съгласувани или еднакво оценяващи детето. В действителност, тогава може да се очаква, че деструктивното поведение е по-вероятно да бъде с по-висока честота на изява и в по-екстремни

форми, като по този начин е по-вероятно да бъде регистрирано и оценена от отделните информанти.

Второто обяснение, което разглеждат De Los Reyes постулира, че несъответствията между родителите, като информанти и информантите, които не са родители на оценяваните деца, отразяват по-скоро характеристиките на родителя, а не специфични за контекста аспекти на детското поведение. Това е особено важно в случаи на несъответствия в оценката на деструктивно поведение при деца, защото проблемното родителство винаги е било разглеждано като предпоставка за разрушителни модели на поведение (Tolan et al. 1997). По-конкретно, вариации в същността и степента на изява на деструктивното поведение в различни ситуации, са в пряка зависимост от характеристиките на хората, с които детето си взаимодейства в тези ситуации (напр. родител у дома, прилагащ много строги дисциплиниращи стратегии), които не се проявяват при взаимодействието на детето с други хора и в други ситуации. По този начин, в проучването на De Los Reyes и неговия екип като ключов фактор се разглежда прилагането на сурови модели на дисциплиниране, които може да предизвикат неподходящо поведение у дете, което поведение на свой ред се проявява само в контекста на интеракциите между родителя и детето (Granic and Patterson, 2006).

Прекалено строгото дисциплиниране от страна на родителите може да създаде обстоятелства, в които дете, което като цяло няма прояви на разрушително поведение, да изяви такива в общуването с неговия родител. Въпреки че различията в оценките на отделните информанти по-скоро преобладават при оценката на повечето деца с психиатрични диагнози, De Los Reyes предлагат емпиричен тест, който да провери как това се отнася конкретно до децата с деструктивно поведение в периода на ранното детство. Изборът на възрастовата група на изследваните лица е добре обоснован, като основното обстоятелство, което екипа посочва, е това че именно в този период от развитието на детето, идентифицирането на клинични патерни като цяло е предизвикателство за специалистите, поради високите нива на нормативно допустими проблемни поведения (Campbell 2002; Wakschlag et al. 2007) и трудното диференциране. Още повече, както авторите подчертават, към момента на планиране и реализиране на проучването, подходът на мултиинформативна оценка или крос-контекстуално оценяване при проблемно поведение, не е включен като изискване в използваната класификационна система DSM-IV. Аргументирайки се за смисъла на проучването De Los Reyes подчертава, че до тогава реализираните изследвания не предоставят достатъчно данни за обяснение на връзката между различията в оценките на информантите и контекстуалните вариации в поведението на децата, и най-вече при прилагането на клинични инструменти (базирани на съответните класификационни системи). Авторите смятат, че проучвайки тази връзка при изследване на малки деца, биха могли да съберат информация и да натрупат опит, който да позволи да развият възможностите за оценяване на проблемното поведение при децата в различните периоди от тяхното развитие и в контекста на различните социални групи, в които те са включени.

Прегледът на литературата, посветена на проблемното поведение при децата и юношите, показва че преди това проучване, оценките обикновено не включват идентифициране на ситуационните и средовите вариации, а се съсредоточават преди всичко конкретно върху идентифицирането на клинично значими поведения (Frick 2000). Подобни инструменти се разработват и прилагат по- скоро изолирано, но през последните години те са предпочитани, тъй като позволяват разграничаване на нормативно приемливите трудни поведения от симптомите на конкретно разстройство (DB-DOS, Wakschlag et al., 2008). Такъв инструмент е Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS), чрез който се оценява разрушителното поведение в различните взаимодействия, в които участва детето- оценка от родител и от друг възрастен (изследващия специалист). По този начин, DB-DOS дава възможност да се прецени как се проявява разрушителното поведение в зависимост от характера на връзката на детето с възрастните и социалните изискванията на взаимодействието. Следователно, от една страна имаме оценка на поведението на детето от възрастен, с когото детето има дълга история на взаимоотношения и афективна връзка, а от друга, от външен човек, с когото детето има кратка история и който оценява неговото поведение извън дома (в случая в лабораторни условия, но аналогично пренесено към най- често използваният външен информант- учителят). По този начин DB-DOS предоставя уникална възможност да се провери дали действителните различия в докладите на родителя и учителя са паралелни при независими оценки на контекстуални вариации в детското поведение. В това проучване на De Los Reyes използват директните наблюдения на контекстуалните вариации на деструктивното поведение на малки деца, с цел “put theory to the test”- в смисъла на проверка клиничното значение на различията в оценките на информантите. Участниците в проучването- 327 деца на възраст между 3 и 5 години и техните биологични майки, са включени чрез т.нар. Observing Young Children and Families Study of the Chicago Preschool Project, като основната цел е да се проверят психометричните характеристики на DB-DOS (Wakschlag et al.2008). Задължителен критерий при подбора на децата е посещаването на детска градина или предучилищна група извън дома, най-малко три часа на ден три пъти седмично. Симптомите на разрушително поведение са оценени от родител и от учител, като са използвани валидизирани инструменти за развитието на симптомите на деструктивно разстройство на развитието на DSM-IV. Идентифицирането на клинично значими симптоми на разстройство на поведението отговаря критериите на DSM-IV, включвайки Опозиционно разстройство, Поведенческо разстройство и Разстройство с разрушително поведение, не определено (Wakschlag et al. 2008b). В съответствие с предходни проучвания, степента на съгласуваност между родителските и учителските оценки е скромна (Achenbach 2006; De Los Reyes and Kazdin 2004; De Los Reyes and Prinstein 2004). От 124 деца, идентифицирани от родителите и / или учителите като проявяващи симптоми на разрушително поведение, само 8,3% или само 24 деца са идентифицирани и от двете групи информанти. Оставащите 100 деца са определени само от родителя или учителя, но не и от двама информанта едновременно. Те установяват систематична ситуационна вариабилност в деструктивното поведение на децата, наблюдавано в рамките на оценката в лабораторни условия, свързана с това с кого общува детето (родител или

специалист) и от кого се отчитат симптоми на разстройство на поведението (родител или учител). Регистрират значителни вариации по отношение на изявата на тези поведения, като 29,4% от децата демонстрират разрушително поведение в контекста на интеракциите с родителя, само 15% при общуване с изследователите и едва 8,8% в общуването с двете групи информанти. Установява се стабилност във времето на така разпределените резултати. Това потвърждава допускането (или теоретични модел) на авторите, че поведенческите прояви варират значително в зависимост от сетинга или контекста (Attribution Bias Context Model- De Los Reyes and Kazdin 2005).

От всичко това, следователно може да се обобщи, че разминаването в оценките на информантите може да осигури важна информация относно поведението на детето и съответно как то да бъде менажирано по- ефективно. Установява се ясен паралел между различията в наблюдаваното поведение от родител и изследовател, и от родител и учител. Именно тези паралели, De Los Reyes и Kazdin използват, за да обобщят, че установените при оценката на родител-учител различия, отразяват действителните вариациите в детското поведение. По този начин, когато и двамата информанта се различават в оценката на едно и също поведение и в ситуациите, в които те могат да наблюдават това поведение са различни, тези различия или несъответствия могат да отразяват вариациите на поведението на детето в различните ситуации и това че самите оценки отразяват тези вариации. Заключение им е, че разминаванията в оценките на различните информанти осигуряват смислена информация за хетерогенността на това как и кога възникват проблемните поведения. В същото време, те отчитат и някои ограничения. Едно от тях е свързано с факта, че оценката на поведението на детето, степента на увреждане на същото и наблюдаваното родителско поведение, се извършва чрез дихотомна скала, въпреки че в редица други проучвания, се отчитат разминавания в оценките на информантите, независимо от самата скала и нейния формат (De Los Reyes and Kazdin, 2005). Също така, предишни разработки по темата, дават основание на авторите да предположат, че мерките или системите за оценяване, които те използват за идентифициране на разрушителното поведение, функционалното увреждане и проблематичното поведение на родителите, позволяват да се разграничат клинично значимите от нормативните поведения (Hill et al., 2008, Wakschlag et al. 2008b). Въпреки това, препоръчително е използването на различна от дихотомната скала за оценка, поради разширяване на възможностите за по- точно определяне на поведението и неговите вариации. Именно това е спазено в нашето изследване. Другото нещо, което трябва да се отчете тук е, това че авторите използват различни инструменти, за да отчетат родителските и учителските наблюдения, върху детското поведение (интервю с родителите и въпросник с учителите), независимо от общата за всички групи информанти система за оценка, базирана на симптомите, описани в DSM-IV. Съответно, една от основните препоръки на този екип е изработването и прилагането на форми и модели за оценка, които позволяват приложение при различни информанти и по- добри възможности за сравнение.

В съответствие с установеното при други проучвания и от други изследователи в областта (Achenbach 2006, Bartels et al., 2007, Kraemer et al. 2003; De Los Reyes и Kazdin

2005), резултатите от това проучване на De Los Reyes и неговия екип, показват че несъответствията в оценките между отделните информанти, могат да бъдат плодотворно използвани, като възможност за идентифициране и разбиране на вариацията в патологичните прояви в хода на развитието. Докато това изследване не може да определи точно какви са последствията за клиничното разбиране на проблемите в поведението, нито пък има за цел да разкрие каузална основа на различията между информантите, може да се каже, че резултатите от него, подкрепят идеята за внимателно и задълбочено разглеждане на спецификата на контекста и несъответствията в оценките във връзка с разстройствата на поведението и може би дори изобщо. Може да се окаже, че информационните несъответствия са резултат от сложната компилация между тежестта на разстройството, контекстуална основа за изразяване на симптомите и систематични различия в перспективите на информантите. Също така, разминаванията в оценките на оценяващите, могат да осигурят по-добро разбиране на различните повлиявания от приложените интервенции или индивидуалния отговор. Оценяването на поведението или функционирането, направено от повече от един информант, е изключително ценно при проследяване на ефекта от определена терапия или др. интервенция (Kazdin, 2003). Много често, противоречивите констатации, които обикновено възникват между множеството информанти и направените от тях оценки, се разглеждат като грешка в измерването или като доказателство за неефективността на терапевтичната намеса (De Los Reyes and Kazdin 2006b). Като алтернатива на това, резултатите на De Los Reyes показват, че в бъдеще трябва да се проучи дали тези несъответствия отразяват вариации в поведението, свързани с дължащи се на интервенциите промени, или показват обстоятелствата, при които интервенциите могат да доведат до благоприятен ефект (De Los Reyes and Kazdin, 2008). Пример за това може да се намери лесно в нашата пряка работа с децата, когато реализираните интервенции с дете с поведенческо разстройство и неговите родители, могат да доведат до позитивен резултат в дома, но поради отказ от сътрудничество от страна на учителите и негативна нагласа спрямо детето и семейството, промяната в поведението, която те отчитат е значително по-ниска. Подобни примери, когато бъдат подплатени със съответната обективна оценка, а мултиинформативния подход позволява такава, биха могли да послужат като основание за разработване на по-ефективни модели за работа, подкрепени институционално и чрез подходящите законови рамки.

Допуска се, че употребата на рейтинг скали в клиничната практика може да доведе до много ползи, но за да бъде така, преди това всяка от тях трябва да бъде оценена (Pincus et al. 2000). Ползите за отделните пациенти, сравнени с тези, които се предлагат чрез неструктурираните клинични изследвания, може да включват подобрения в:

1. Събирането на информация (напр.отнасяща се до всички съответни теми, които са обхванати)
2. Синтезиране на информация (напр.категоризиране или количествено определяне на симптоми)

3. Докладване на информация- напр. консистентност на оценката във времето и предоставяне на стандартизиран „език“ за общуване с останалите специалисти (Zarin, 2000).

Нежелани ефекти биха могли да бъдат цената на самия инструмент или негативните последици от потенциално фалшиви резултати (Zarin, 2000).

Според Pincus et al. (2000), рейтинг скалите могат да се използват в клиничен контекст, с цел:

1. Скрининг и идентифициране на индивиди с определени характеристики
2. Съдействие при определяне на диагнозата съгласно съответната диагностична система
3. Оценяване на клиничните характеристики отвъд диагнозата, с цел улесняване на избора на лечение
4. Мониторинг на ползите и страничните ефекти от лечението (напр. проследяване на симптомите)
5. Друго приложение, като напр. определяне на прогнозите или за административни цели(напр. инвалидност или съдебномедицинска документация).

Приоритетно място при избор на инструменти, специалистите отдават на **самооценъчните скали**. Първата самооценъчна скала за оценка на психологични симптоми се свързва с името на Robert Woodworth, който осъзнава потенциална на това всеки човек да „интервюира“ сам себе си. Това се случва по време на първата световна война, когато недостигът на психиатри бил сериозен проблем. Скалата била наречена Personal Data Sheet и тя представлява първият систематичен пример за такъв начин за психологично оценяване. По-късно, вече през 70-те години, самооценъчните въпросници са основен инструмент за епидемиологични изследвания в областта на психиатрията (Kessler et al. 2000). Основните причини за тяхната популярност сред клиницистите били свързани с ниската цена, както и с това, че тяхната консистентност била по-добра за оценка на констелацията от симптоми в общността, отколкото дихотомният модел на клинична преценка и на трето място това, че клинично базираните интервюта се отличавали с липса на добри психометрични свойства.

Един от недостатъците на самооценъчните инструменти бил свързан с факта, че в тях нямало нищо, което да позволява на изследователите да разграничат хората, които имат значими психиатрични проблеми от тези, които нямат (Kessler et al. 2000). Ето защо, някои изследователи разработват правила за класифициране на хората според съответните резултати и свързаните с тях прагове, определящи клиничната значимост. Тези гранични резултати били базирани на статистически анализи и били свързани с полемика за това къде, как и при кого да се прилагат (Kessler et al. 2000). Усилията се насочват към определяне на **факторите, повлияващи резултатите от самооценъчните скали**.

В редица проучвания професионалистите се опитват да анализират когнитивните процеси, които стоят зад възможностите за самооценяване (National Institute of Health 1998). Най-общо те се спират върху значението на разбирането на въпросите, извличането на информация от паметта, употребата на евристични методи и предишни вървания при отговаряне, които от своя страна са повлияни от биологични, социални и културални фактори. Допуска се, че всички те повлияват валидността и надеждността на самооценъчните диагностични методи, както заедно, така и поотделно (National Institution of Health 1998).

От друга страна, както отбелязахме по-горе, процесът на въпрос-отговор при самооценъчните инструменти, както и при другите психологични и психиатрични рейтингови скали, е повлиян от социалния контекст, който включва културни норми, организационния сетинг, в който се събират данните и непосредствената ситуация на отношения по време на попълването. Последните може да включват, напр. присъствието на друг човек в помещението (Del Boca & Noll 2000).

Свързаните с респондента фактори, се отнасят до трайни качества, като личностни характеристики (напр. нужда от одобрение), нагласи и вървания (напр. по отношение на психичното здраве и болест), ниво на интелигентност, когнитивни дефицити, а също така и транзиторни (преходни) поведения, свързани с физическо състояние, напр. (Del Boca & Noll, 2000). Друг фактор, който може да повлияе валидността на самооценъчните въпросници е общото желание да представиш самия себе си в благоприятна светлина. Тъй като при попълването на самооценъчна рейтинг скала пациентът се изправя сам пред въпросите, това създава някои емоционални и/или поведенчески трудности, и може да доведе и до увеличаване или намаляване на дистреса на самия човек (Goldman et al 2000). Когнитивните и комуникационните процеси, участващи в отговарянето на въпросите са близки до тези, които характеризират дискурса на ежедневните социални интеракции: внимание, разбиране, извличане на информация от паметта, интеграция на тази информация за преди това обработени данни и избор на отговор.

Централно място в оценката има самото дете и неговите отговори, защото осъзнаването на проблемите от самото него е определящо за повлияването от потенциалните интервенции по-късно и съответно те имат прогностична стойност. Децата във възрастта от детската градина до трети клас е много вероятно да не са в състояние да опишат себе си по адекватен начин при работа със самооценъчни скали. За тази цел е необходимо да са налице определено ниво на езикова и познавателна компетентност, отнасящи се до разбирането на прицелните дименсионални категории в специализираните инструменти, а такава в повечето случаи е налице едва в пети клас. Често в тази възраст се установяват специфични обучителни трудности, които имат пряко влияние върху възприемането, осмислянето и съответно избора на отговор при реализиране на самооценъчни скали.

Много автори посочват, че попълването на въпросници, съставени от множество айтеми, често е предизвикателство независимо от възрастта на попълващия (Archer, R.

P., Tirrell, C. A., & Elkins, D. E., 2001). От друга страна, родителите и учителите са посочвани като основни източници на информация, независимо от това дали инициативата за консултиране идва от тях. Приема се, че родителите са единственият и основен източник на информация, отнасяща се както до историята на развитието, така и до актуалното функциониране на детето и неговото поведение у дома, докато учителите се разглеждат като незаменими информанти относно поведението и справянето на детето в училищен контекст.

Родителите и учителите предоставят фундаментална информация, отнасяща се до едно и също дете, но в различен контекст и с различен акцент.

Аргумент в полза на мултиинформативното изследване е фактът, че при анализ на причините за насочване към психологична или психиатрична консултация на деца в тази възраст, става ясно че същите са свързани основно с проблеми в съобразяването с ежедневните изисквания на значимите за тях възрастни или със затруднения в училищното справяне. От друга страна, с напредване на възрастта, в училище контактът на детето с учителя намалява като интензитет и продължителност и това следва да бъде взето под внимание при избор на източника на информация, напр. класният ръководител, а не учителят по физкултура. Наличието на два или повече независими източника на информация за поведението на детето, позволява естествено сравнение на получените от тях данни. Achenbach, MacConaughy и Howell (1987), правейки обзор на проучванията по темата, констатира че има като цяло силно ограничена съгласуваност между различните информанти (родители, учители и деца), но същевременно е налице относително по-висока съгласуваност, когато се касае за информация, свързана с екстернализирани поведения.

Изследванията в тази посока продължават, като едно от възможните обяснения би могло да бъде отдадено на т.нар. ситуационно специфични вариации (напр. детето е опозиционно у дома, но не и в училище), а друго би могло да се търси в качествата на самия инструмент. Причини биха могли да се търсят и в индивидуалните характеристики и истории на попълващите, тяхната мотивация или липсата на такава, нагласата към самото изследване, а също и към детето, към изследващия и т.н. Всичко това оказва влияние върху отговорите на информанта, но трудно може да бъде отчетено, когато става въпрос за групово изследване. Когато оценката касае конкретно дете, специалистите трябва да търсят обяснение не само на разминаването в отговорите на информантите, но и на тяхната прекомерна съгласуваност, която би могла също да бъде дискредитираща изследването.

Приема се, че за наличието на определена симптоматична проява, би могло да се мисли, самото тогава, когато тя е отчетена от най-малко 2 или 3 източника на информация (APA, 2000). Въпреки това, все още не е разработен един единствен оптимален модел на психологична интерпретация на протоколите от изследванията и поради това се приема, че прагматично предимство има тази система за оценка, която включва в себе си няколко отделни стандартизирани инструменти, приложими при

родители, учители и деца. Именно поради това от съществено значение е изборът на самите инструменти

2.2. Добри практики и стандарти при изследване на деца и юноши с проблеми в поведението

Клиничните психолози много често разглеждат психологичното оценяване като уникална и определяща характеристика на тяхната професионална експертиза в областта на детското здравеопазване (Krishnamurthy et al., 2004). Те я определят като интегрален компонент, който има висока стойност в практиката на детския клиничен психолог и който обикновено е добре приет и съответно подкрепен (Mash, E. J., & Hunsley, J. 2005). Въпреки това, в някои от прегледаните текстове се твърди, че доказателствата в полза на полезността на оценката за подобряване на резултатите от лечението на оценяваните деца, липсват и че много от методите за оценка, които обикновено се използват в детско-юношеска възраст, не почиват на емпирични доказателства (Fletcher, Francis, Morris, & Lyon, 2005).

През 2004г. Peterson обобщава, че в своята практика, за много от важните диагностични изводи, психолозите изглежда се опират на информация, добита преди всичко чрез лоши интервюта и селективно (съответно изкривено или „замърсено“) наблюдение. Този подход, който е силно разпространен и у нас, за съжаление кара много специалисти, да поставят под въпрос това дали в психодиагностичната практика могат да бъдат извлечени количествени резултати и ако се извличат такива, то доколко полезни са те. Съответно, поставя под съмнение изобщо обективността на психологичната оценка (Garland, Kruse, & Aarons, 2003).

Мислейки в тази посока, трябва да отбележим, че вече повече от две десетилетия се регистрират отделни опити за насочване на вниманието на психологичната общност към определяне на базирани на доказателства оценки (e.g., Achenbach, 1985; Achenbach & McConaughy, 1997; Achenbach & Rescorla, 2001; Mash & Terdal, 1997a; Ollendick & Hersen, 1984), които за съжаление остават по- скоро изолирани.

На практика, усилията за развитие и дефиниране на ясни критерии за подбор, приложение и оценяване на методите за изследване на разстройствата в популацията на децата и юношите са по- скоро редки. Изключение прави Американската психологична асоциация (American Psychological Association, Division 12, 2000), в която има отделна дивизия, ангажирана с повишаване на научните и технологични възможности за изследване и диагностициране. Те залагат също така на това, че оценката следва да бъде разглеждана като приложима и полезна за изграждането на ефективни и ефикасни услуги за децата (юношите) и техните семейства. Необходимо е по- категорично подчертаване на връзката между оценката и интервенциите, между оценката и планирането на интервенциите, между реализирането на избраните терапевтични стратегии и тяхното обективно проследяване (чрез психологично оценяване).

Именно тези връзки трябва да бъдат изведени на преден план, подчертавайки същественото място на психологичното оценяване, а компетентостта и квалификацията за неговото реализиране, да бъдат разглеждани като ключова или ядрена компетентност и квалификация, свързана с ролята на психолога (Krishnamurthy et al., 2004, American Psychological Association, 2000). Прави впечатление, че е налице съществено разминаване между развитието на критериите за базирани на доказателства терапевтични програми и тези, отнасящи се до психологичната оценка. Имайки предвид, че задължително условие при оценка на терапевтичния ефект е оценяването му посредством определени като обективни инструменти, които най-често са психологични или психиатрични, то липсата на развити рамки за основани на доказателства оценки, поставя под съмнение и самите интервенции.

Друго предизвикателство в практиката на психолозите, занимаващи се с психодиагностично оценяване, е това, че в хода на самата оценка се налага вземане на текущи решения, които изискват интегриране на разнородна информация, осигурена от различни информанти чрез различни средства (инструменти), както и отнасяща се до различни периоди от развитието на оценяваното дете/юноша. Оценяването на детето или юношата, в рамките на което са включени данни, отнасящи се до неговото поведение и функциониране в различен контекст (домашни условия, класна стая, център и т.н.), е далеч по-добър модел за диагностична работа, отколкото фокусирането просто върху специално определен набор от инструменти с високи психометрични характеристики (Mash, E. J., & Hunsley, J. 2005).

Следователно балансирането между инструментите и информантите, е част от изкуството на добрата психодиагностична работа. Основаната на доказателства оценка следва да бъде свързвана с описание на оценъчните методи и процеси, които са емпирично доказани не просто в смисъла на тяхната надеждност, валидност, но и в контекста на тяхната полезност и приложимост за съответните популации, контекст и цели.

От направения литературен обзор, става ясно че няма строго дефиниран стандартен набор от инструменти за психологична оценка на деца с проблемни поведения (APA, 2000; NICE, 2008). Най-често, т.нар. батерия е резултат от индивидуалните (или екипни, институционални) предпочитания и преценка на самия изследващ, който определя и самата процедура, базирайки се на нуждите и възможностите на самото дете и неговите близки, на своята собствена подготовка, обучение и опит (Knoff, 2002; Knoff, H. (2002).

Kamphaus, Petoskey, and Rowe (2000), преглеждайки литературата, свързана с психологичното изследване на деца, идентифицират 3 развиващи се тенденции. Според първата, училищата се явяват все по-често място, където децата биват оценявани. Това според тях е свързано с увеличаването на служителите и специалистите, свързани с т.нар. специално обучение и предлаганите от тях услуги като скрининг и тенденция за базирани в училищата здравни служби.

Втората тенденция е свързана с драматично увеличаващата се популярност на кратките форми на тестове за оценка на интелигентността. Третата се асоциира с това, че е налице увеличаване на приложението на т.нар. оценяващи поведението рейтингови скали. Причината за последните две тенденции трябва да се търси в това, че те се свеждат до намаляване на времето и средствата за реализиране, което е от съществено значение в съвременния тип обслужване.

Срвнително по-скоро, а именно през 2004г. Shapiro и Heick проучват оценъчните практики в контекста на работа на училищните психолози и подобно на Kamphaus, Petosky и Rowe, те установяват изявена тенденция към увеличаваща се употреба на чек листове, оценяващи поведението. Факт е, че 75.5% от отговарящите споделят, че използват такива в 8 от 10 от случаите, насочени във връзка с емоционални и/или поведенчески проблеми (Shapiro & Heick, 2004).

В главата „Основни приоритети за изпълнение“ в наръчника на NICE, част от който бе разгледан по-горе, са описани поредица от значими препоръки, като основната, с която започват, се отнася до първоначалната оценка на деца и млади хора с възможно нарушение на поведението- „При съмнение за разстройство на поведението, обмислете възможността да започнете първоначалната оценка на детето или младежа, с Въпросник за силите и трудностите (попълнен от родител, полагащ грижи за детето възрастен или учител). Оценете наличието на някои от следните усложняващи фактори, които оказват съществено влияние: съпътстващ проблем, свързан с психичното здраве (напр. депресия, посттравматично стресово разстройство и др.); невноразвитийно състояние (в частност РДВХ и аутизъм); обучителни разстройства или затруднения; злоупотреба с психоактивни вещества при младежите“. Според тези препоръки, същинската оценка трябва да включва стандартните компоненти на цялостната оценка на поведението, в която са оценени именно следните области:

- основните симптоми на разстройствата на поведението
- моделите на негативистично, враждебно или предизвикателно поведение при деца на възраст под 11 години
- агресия към хора и животни, унищожаване на собственост, измама или кражба и сериозни нарушения на правилата при деца на възраст над 11 години
- актуалното функциониране у дома, в училище или гимназията
- качеството на отношенията с връстниците и с родителите
- история на всички минали или настоящи здравни проблеми (физически и психически).

След това авторите се спират върху основните принципи за подкрепа и това на какви изисквания трябва да оговарят, ангажираните с тези деца и младежи специалисти. Те подчертават, че професионалистите, предлагащи психично-здравни и социални услуги на деца и младежи с поведенчески проблеми, трябва да могат да оценяват техния

капацитет и компетентности, включително т.нар. Gillick competence⁹. Също така, те акцентират върху това, че доставчиците на здравни и социални грижи трябва да гарантират, че:

- децата и младежите с поведечески разстройства няма да бъдат подлагани ненужно на многократни оценки и изследвания

- ако бъдат предложени оценки или други интервенции, същите ще бъдат съобразени с нивото на развитие на конкретното дете/младеж

- че оценките ще бъдат съобразени с местните процедури за защита на правата, особено ако са налице съмнения за експлоатация или са в контакт с правораздавателната система.

Относно използването на родителите като източници на информация и същевременно основни подкрепящи фигури, в наръчника на NICE е написано, че професионалистите следва да се съобразяват с това, че обикновено родителите и полагащите грижи за деца и младежи с поведенческо разстройството, могат да се почувстват обвинени за проблемите на детето, което да се отрази в информацията, която те подават и подкрепата, която оказват. Съответно, отправения към специалистите съвет, подканя същите, когато предлагат или предоставят интервенции от и за родители, напр. в хода на оценката или след това в програми за обучение, да обсъдят откровено всички техни притеснения, които имат и да изложат по разбираем начин причините и целите на търсената информация или терапевтичната намеса. Нещо повече, професионалистите са приканени да предложат оценка на нуждите на самите родители или на възрастните, които се грижат за съответното дете (включва персоналните, социалните и емоционалните нужди спрямо упражняваните грижи за детето), както и план за спешни случаи, консултации по практически въпроси като грижите за децата, жилищното настаняване, финансите и помагане за тяхното получаване. Малко след това е засегната темата за културните и етническите особености, както и стигмата относно ползването на психично- здравни услуги. Обсъжда се необходимостта, когато се работи с деца и младежи с нарушения на поведението и техните родители (или лицата, които се грижат за тях), да се има предвид, че дискриминацията често се асоциира с ползването такъв вид услуги, както и това че трябва да се проявява уважаване (и същевременно чувствителност) към психичния пол и сексуалната ориентация на децата и младежите, социално-икономическия статус, възраста, произхода (включително религиозния фон на възпитаване и живот). Професионалистите следва да бъдат внимателни и да проучват възможните вариации в представянето на проблемите на психичното здраве в различните възрастови групи, според техния пол, култура, етническа и религиозна принадлежност, и др..

⁹ Gillick competence- термин, въведен в Англия и използван в медицинското право, когато се решава дали едно дете (възраст под 16г.) е в състояние да даде съгласието си за неговото или нейното медицинско лечение, без разрешението или знанието на родител

В главата „Селективна превенция“ или профилактика на същото ръководство, както все още е прието да се дефинират този тип активности, се разглеждат дейности (интервенции), насочени към лица или към определена субгрупа от населението, при които рискът от развитие на поведенческо разстройство е значително по - висок от средно определения такъв спрямо индивидуалните, семейните и социалните рискови фактори. Индивидуалните рискови фактори са свързани с ниски постижения в училище и импулсивност; семейните рискови фактори включват вече наличен контакт на родителите с правораздавателната система (наказателно право) и сигнали за злоупотреба с деца; социалните рискови фактори включват ниски семейни доходи и ниско образователно ниво. В наръчника се посочва нуждата от регулиране на използваните методи за първоначална оценка на децата/юношите с риск от развитие на поведенческо разстройство. Уточняват се причините за това оценяване и кога то да се предприеме. Съветва се първоначалната оценка за съмнение за нарушение на поведението да бъде направена, ако детето или неговите родители (респективно лицата, които се грижат за него), здравните или социалните специалисти, представители на образователната система или негови връстници, заявят загриженост относно продължаващи прояви на антисоциално поведение. Препоръчва се също така, наличието на история или данни за невроразвитийно растройство, като РДВХ, да не бъде разглеждано като пречка за подобна първична оценка. Професионалистите са насочени към прилагането на метода на мултифирмативната оценка, чрез търсенето на информация за силните страни и трудности в поведението на детето от повече познаващи го възрастни. Насърчава се оценката на някои от съществените усложняващи фактори, изброени по- горе. Важен момент е разглеждането на резултатите и препоръчаните последващи стъпки. Приема се, че при наличие на съществени усложняващи фактори, детето или младежът следва да бъдат пренасочени към цялостна оценка. Ако няма съществени усложняващи фактори, се препоръчва да се обмисли директно препращане за подпомагаща интервенция.

Според приетите от NICE стандарти, цялостна оценка на детето или юношата, при които е налице съмнение за разстройство на поведението, трябва да бъде предприета от здравен или социален специалист, който притежава необходимата компетентност. Тя трябва да бъде достатъчно изчерпателна, но и същевременно да не обхваща несъществени сфери или др., които утежняват процеса на реализация и могат да допринесат за формиране или поддържане на негативна нагласа към помагащите институции. Изследването следва да се реализира по начин, който осигурява изчерпателност на информацията и следователно се препоръчва въвличане както на самото дете, също така и на неговите родители, учител/и и др. възрастни, които го познават добре и които могат да предоставят данни или да споделят мнение за текущото и миналото поведение на детето, а ако е необходимо, да бъдат включени и повече от 1 здравен или социален специалист, за да се гарантира качеството и изчерпателността на оценката.

Имайки предвид естеството на проблемите на децата с разстройство в поведението и техните трудности в изграждането на ефективни взаимоотношения, се

подчертава значението на това преди да започнете цялостна оценка, да бъде обяснено как и на кого ще бъдат съобщени резултатите от оценката. Насърчава се включването на родителите, попечителите или адвоката, когато има такъв, при представянето и разясняването на резултата.

Стандартните компоненти на цялостната оценка на поведението, определени от NICE, трябва да включват запитване и оценка на следните компоненти:

- основните симптоми на нарушения на поведението
- модели на негативистично, враждебно или предизвикателно поведение при деца на възраст под 11 години
- агресия към хора и животни, унищожаване на собственост, измама или кражба и сериозни нарушения на правилата при деца на възраст над 11 години
- текущо функциониране у дома, в училище- качество на взаимоотношенията с връстниците и с родителите
- история на всички минали или настоящи умствени или физически проблеми.

Както се вижда, изброените целеви компоненти не се разграничават от първоначалната оценка, а същинската такава се надгражда с използването на официални инструменти за оценка, за да се подпомогне диагностицирането на коморидни състояния, например Child Behavior Checklist за всички деца и млади хора, Strengths and Difficulties Questionnaire- за всички деца или младежи, Connors Rating Scale – R, когато е налице съмнение за РДВХ, валидизиран инструмент за оценка на аутистично поведение при съмнение за разстройство от аутистичния спектър, валидизиран инструмент за оценка на когнитивните способности при съмнение за затруднения в обучението, валидизиран тест за четене при предполагаема трудност в тази област. Задължителна стъпка е оценката на рисковете, пред които е изправено детето или младежа, и при необходимост, разработването на план за управление при negliжиране, експлоатация от други хора, самонараняване или увреждане, и др. Оценяването за наличие или риск от физическо, сексуално и емоционално насилие, следва да бъде внимателно планирано и в съответствие с местните протоколи за оценка и управление на тези проблеми.

Провеждането на всеобхватна оценка на родителите на детето трябва да обхваща:

- положителни и отрицателни аспекти на родителството, по-специално всяко използване на принуда или наказание като дисциплиниращи мерки
- връзката родител-дете
- положителни и негативни отношения с възрастните от семейството на детето, включително домашно насилие

- благополучието на родителите, обхващащо психичното здраве, злоупотребата с вещества (включително дали алкохол или наркотици са били използвани по време на бременност) и престъпно поведение.

Тази част завършва с развитието на интервенционен план за грижи, базиран на събраната преди това информация.

Следващите препоръки, които ще разгледаме, са обобщени от подадените от Agency for Healthcare research and Quality в САЩ. По отношение на поставянето на диагнозата и изследването на децата, суспектни за проблеми в поведението и по-конкретно поведенчески разстройства, там се подчертава, че оценката следва да се случва, когато са налице онези сигнали или симптоми, които са описани за съответното разстройство и че същата трябва да включва структурирани, валидизирани рейтинг скали. При избора на инструменти и при разглеждането на резултатите и тук се препоръчва да се следи за влиянието на стигмата, която носят съответните „етикети“, рисковете от идентифициране на повече позитивни или негативни прояви, тревожността, която индуцират тестовете или въпросниците, както и неудобството, което могат да провокират у попълващите. Препоръките тук са поделени в няколко групи според силата, която им се приписва, а същата е определена много стриктно, спазвайки предварително съставена от авторите схема, оценяваща баланса между риска, ползите, вредите, цената, ресурса, предпочитанията на пациента, и т.н. Съответно се определят най-общо силни и слаби препоръки, като при вторите очаквания баланс между вредите и ползите, разходите и приходите и т.н. е по-скоро несигурен, т.е. доказателствата за ефекта от тяхното приложение са непостоянни.

Ако проследим някои от тях, ще видим как те подпомагат развитието на стратегии за обслужване и мисленето за детето, в контекста на проблема, който се предполага, че съществува. По отношение на децата с РДВХ, в резюме основните препоръки гласят следното:

- Програмите за скрининг и идентифициране на РДВХ не бива да се прилагат универсално при всички деца и юноши. (Силна препоръка)
- Клиницистите трябва да оценяват децата/юношите за РДВХ, тогава когато са налице определени признаци, симптоми или нарушения, предполагащи наличието на това разстройство. (Силна препоръка)
- Като част от оценката и диагностиката на децата и юношите, суспектни за РДВХ, клиницистите трябва да използват структурирани, валидизирани рейтинг скали, съобразени с диагностичните критерии, описани в актуално използвания Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства. (Силна препоръка)
- При започване на медикаментозно изследване, клиницистът следва да направи базова оценка на физическото състояние на детето (включително измерване на пулс, кръвно налягане, тегло и височина с подходящи перцентилни диаграми). (Силна препоръка)

- Преди предписване на психостимуланти, клиницистът може да препоръча консултация с кардиолог за оценка на риска. (Слаба препоръка)
- При липса на индикации за това, клиницистът не е необходимо да препоръча или извърши психодиагностични тестове като част от оценката на детето с РДВХ. (Силна препоръка)

В аналогичен наръчник на същата институция, отнасящ се до децата с антисоциално поведение и поведенчески разстройства, се посочва, че оценката или поставянето на диагноза изискват първично идентифициране, цялостна оценка, оценка за съпътстващи психични проблеми, невноразвитийно състояние, когнитивни нарушения/трудности и злоупотреба с различни вещества. Препоръчва се използване на въпросник, оценяващ силните страни и трудности на детето, който се попълва се от родител, настойник или учител (Strengths and difficulties questionnaire), оценка за наличие или риск от физическо, сексуално и емоционално насилие, както и оценяване на родителите или лицата, полагащи грижи. Подчертава се значението на културните и етническите специфики, както и на свързаното социално включване, като се обръща специално внимание на стигмата и дискриминацията, които както и в NICE се посочва, са свързани с използването на психично-здравни услуги. В същия тон са посочени и включените в английското ръководство фактори, свързани със сексуалния идентитет и предпочитания, възрастта, религията, както и възрастово специфичните групи, към които детето може да принадлежи, и т.н. Специално внимание се обръща на колебанията и вариациите в проблемите в поведението, които трябва да бъдат отчетени при анализ на резултатите и при изготвяне на терапевтичния план.

За разлика от насоките за оценка и работа с деца с проблеми в поведението, дадени в NICE, тук разписаните съвети са далеч по- подробни, дори изчерпателни. Това се илюстрира добре от описаните „Общи принципи за ефективна и безопасна работа с деца и младежи“, насочени към специалисти в областта на здравеопазването и социалните грижи. Наричани още побщи приципи на хигиена на работата с деца и юноши, както названието им показва, те се изключително полезни, поради което и тук ще бъдат споменати. В изготвянето им, както самите автори подчертават, са водени от факта, че много от децата и младите хора с поведенческо разстройство може да са били обект на насилствени модели на отглеждане или да са били negliжирани и т.н., и да се отнасят с недоверие или пренебрежително към предложената помощ, което неминуемо ще се отрази на резултата и следва да бъде предвидено. Формирането на позитивни отношения, показващи съответна на позицията грижа и доверие, ще позволи ангажирането на детето и неговите родители или настойници, ще ги насърчи в тяхното включване и постоянство. Именно поради това, когато се работи с деца с проблемно поведение и с техните близки, професионалистите трябва да уверят същите в поверителността на разговора, демонстрирайки зачитане на неприкосновеността на личния живот и тяхното достойнство, което изисква и осигуряване на подходяща среда за работа. Ако родителите или лицата, полагащи грижи за съответното дете, участват в диагностичната оценка и/или в последващите интервенции, важно е това да се обсъди със самото дете, като се съобрази с неговите познавателни възможности и емоционална

зрялост, уточнявайки как то самото си представя тяхното включване и дали е съгласно с това. Препоръчва се, обсъждането на тази тема да се случва на интервали, за да се вземат предвид всички промени в обстоятелствата, включително порастването на детето.

Отново в тези насоки, е описано това, че професионалистите следва да вземат предвид, че чувството за вина, което могат да изпитват родителите и настойниците на децата и младежите с поведенческо разстройство, които може да се чувстват виновни за проблемите на детето им или заклеймени от контакта им с други доставчици на услуги.

По- долу в същия текст се описват конкретните сфери и стъпки за оценка на детската/юношите/младежите с възможно поведенческо разстройство, като отново се разграничават първична или първоначална оценка и същинска оценка. Препоръките относно първоначалната оценка започват със следното уточняване:

- използваните методи за оценка трябва да позволяват идентифициране на нуждите на самите деца/юноши, а не просто на проблема
- те трябва да са съответни на сетинга, в който се прилагат (напр. в здравеопазването и социалните грижи, в образованието или в системата на наказателното правораздаване)
- предприемане на първоначална оценка за съмнение за поведенческо разстройство, при наличие на притеснения относно продължаващо антисоциално поведение, изказани от родителите или лицата, полагащи грижи, специалисти (здравеопазване, училище и др.), връстници или представители на друга партньорска група.
- наличието на невроразвитийно разстройство или състояние (напр. РДВХ) не може да бъде пречка за реализиране на оценка за поведенческо разстройство.

На този етап от оценяването и тук се препоръчва прилагането на Въпросника за силни страни и трудности на Гудман, като се подчертава ползата от формите, попълвани от различните информанти (родител, настойник или учител). Последващата стъпка е описание на оценката на т.нар. усложняващи фактори, които не се различават съществено от описаните по- горе според ръководството на NICE, но сред които се откроява допълването на утежняващи функционирането на дете проблеми като депресия и наличие на невробиологично разстройство, по-специално РДВХ и аутизъм. Наличието на някои от съществените усложняващи фактори е основание за насочване на детето към специалист за цялостна оценка, докато при липса на такива и тук се препоръчва директно започване на интервенции. Същинската оценка е в тона на описната в документа на NICE, разгледан преди това.

В „Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder“ на Американската академия по детско-юношеска психиатрия има част, в която се описват оценката и лечението на деца и юноши с РДВХ, базирани на текущите научни доказателства и клиничния консенсус на експертите в тази област. Обсъждат се клиничната оценка на деца и юноши, при които стои риск от РДВХ, възможните коморбидни състояния,

изследването на етиологията на разстройството и подходящите психофармакологични и психо-социални интервенции. В частта, посветена на т.нар. скрининг, са разгледани поредица от препоръки, изведени на база т.нар. основани на доказателства медицински практики. Според първата от тях, скрининг за РДВХ трябва да бъде правен при всеки пациент, на когото се прави оценка на психичното здраве. Изготвилите текста специалисти, препоръчват в рамките на стандартното изследване за психичното здраве на пациента да бъде включена серия от въпроси, специално оценяващи наличието на основните симптоми на РДВХ в трите области, както следва- невнимание, импулсивност и хиперактивност, както и преценка на последствията от тях. Прави впечатление, категоричността и обхвата на препоръката, а именно че тези скрининг въпроси трябва да бъдат отправени, независимо от характера на заявения проблем и оплакванията на пациента. Дават се насоки за включване на рейтинг скали или специфични въпросници, съдържащи симптомите на РДВХ според DSM, в стандартните регистрационни материали, които да се попълват от родителите преди посещения или в чакалнята преди самата оценката. Ако според родителя/ите при детето/юношата са налице симптоми на разстройството (според критериите на класификацията) или ако резултатите по съответната рейтинг скала са в диапазона клинично значимите, то се счита че може да се предположи наличие на РДВХ, и се преминава към следващата стандартна стъпка, както е посочено във втората препоръка: Оценката на деца в предучилищна, училищна и юношеска възраст за РДВХ, трябва да включва клинични интервюта с родителя и със самия пациент, осигуряване на информация относно функционирането на детето в училище или в дневната грижа, в която би могло да бъде включено, оценка за съпътстващи психични разстройства, както и преглед на медицинската, социалната и фамилната история на пациента.

Първите две препоръки се отнасят към т.нар. Минимален стандарт, което означава, че същите почиват на строги емпирични доказателства (напр. рандомизирани, контролирани проучвания) и / или по отношение на които е налице преобладаващ клиничен консенсус. Приема се, че минимални стандарти се прилагат при почти всички случаи или в 95% от времето. Включването на т.нар. оценъчни скали тук, още веднъж подчертава тяхното значение и приложимост, и съответно нуждата от стандартизирани такива за използване у нас. Тук няма да се спираме на същността на клиничното интервю, само ще подчертаем, че в същия този документ клиницистите посочват, че интервюто трябва да стъпи върху вече събрана през скали и други въпросници информация или да бъде допълнено от такава. Това се подчертава в още по- голяма степен, когато се мисли за т.нар. коморбидни състояния и преценката на последствията от самото разстройство. Също така, независимо че във фокуса на търсенето е РДВХ, тук се посочва, че след като специалистът се ориентира относно наличието на прояви, свързани с това разстройство, то най- логично е да премине към оценка на потенциални проблеми от рода на Опозиционно разстройство, Разстройство на поведението и т.н. Ако в медицинската история на детето/юношата, не са налице данни в подкрепа на тези опасения, то не се налага извършването на лабораторни или неврологични изследвания, гласи третата препоръка. В същото време, обаче, тази препоръка е определена като отнасяща се до практики, които не са ефективни или дори противоположни.

Според четвъртата препоръка психологичните и невропсихологичните тестове не са задължителни за диагностицирането на РДВХ, но трябва да се направят, ако от историята на пациента е видно, че са налице основания за ниски общи когнитивни способности или ниско постижение в областта на езика или математика, несъответстващи на неговите интелектуални способности. Тази препоръка спада към т.нар. опционални или такива, които са приемливи, основание за което са скорошни емпирични доказателства (напр. неконтролирани проучвания или серия / доклади) или за които липсват значими клинични емпирични доказателства и / или силен консенсус между специалистите в областта.

При пациентите с РДВХ често се регистрират ниски резултати на стандартизираните тестове на академични постижения (Tannock, 2002) и клиницистът трябва да определи дали училищните неуспехи са вторични спрямо РДВХ или именно те са първичния проблем, а невниманието е вторично спрямо т.нар. обучително разстройство. Следва да се отчете и факта, че академичните затруднения, могат да са резултат от това, че детето с РДВХ вече месеци или години, не слуша в клас, не изпълнява домашните работи у дома, не развива в домашни условия своите училищни умения и това води до спад в постиженията в училище. От съществено значение тук е събирането на информация от родителя, учителя и от самото дете, и сравнение на техните позиции и обяснения, и в тази посока са насърчени да мислят специалистите в разглеждания документ. Добър ориентир, също така, е дали при стартиране на подпомагащи интервенции и/или терапия (вкл. медикаментозна), настъпва подобрене в постиженията на детето, за което отново трябва да бъдат използвани няколко информанта, поради риска от влияние на вече формиралата се нагласа спрямо детето, а и у самото дете. Ако 1 до 2 месеца след започване на терапията, настъпи подобрене по отношение на симптомите на РДВХ, но училищните резултати не се подобряват, то тогава следва да се предприеме задълбочена психологична оценка. Въпреки високата честота на съпътстващи проблеми и дори разстройства при децата/юношите и дори възрастните с РДВХ, се препоръчва терапията да стартира още преди самото изследване. От друга страна деца и юноши с разстройства в обучението могат да бъдат опозиционни по отношение на училищното образование, и следва да се помисли, дали проявите на РДВХ не са израз на опозиционно поведение, породено в контекста на училищните неуспехи.

Приема се, че психологиченото изследване на пациента с РДВХ обикновено включва и стандартизирана оценка на интелектуалните способности, за да се определи влиянието на евентуално ниските общи когнитивни способности върху справянето в процеса на образование и училищните резултати. Според така разработените препоръки, невропсихологичното изследване, оценката на речта и езика, както и тестването на вниманието или инхибиране и самоконтрол, не са задължителна част от рутинна оценка за РДВХ, но може да бъдат назначени в резултат на установеното в стандартната психологическата оценка.

В петата препоръка на Американската асоциация по детска психиатрия е вписано, че клиницистът трябва да изследва пациента с РДВХ за наличие на

съпътстващи психични разстройства, и тази препоръка е от отнасящите се до т.нар. минимален стандарт. Посочва се, че лекарят трябва да интегрира данните, получени по отношение на съпътстващите симптоми, за да се определи дали при пациента те отговаря на критериите за отделно съпътстващо заболяване, в допълнение към РДВХ или тези прояви са по-скоро вторични симптоми, произтичащи от РДВХ. Именно тук се посочва това, че най-често при децата с РДВХ, са налице симптоми, които отговарят на критериите за Опозиционно разстройство или Разстройство на поведението, като при малките деца те почти винаги присъстват едновременно. Препоръчва се, когато пациентът покрива критериите за РДВХ и за друго/и разстройства, клиницистът да разработи план за лечение и подкрепа и за всяко от съпътстващите заболявания. Също тук е написано, че по същия начин, ако пациентът отговаря на пълните критерии за голямо депресивно разстройство или конкретно тревожно разстройство според съответната класификация, то клиницистът следва да се ангажира и със съпътстващите проблеми. Отбелязва се важният аргумент, че най-често началото на депресивното разстройство настъпва няколко години след началото на РДВХ, а обикновено тревожните разстройства са с по-ранна поява или едновременно с РДВХ. По отношение на коморбидна диагноза мания, тук се отбелязва, че трябва да се проявява особено внимание към това дали характерните за това разстройство симптоми наистина са налице и да се оценява и тяхната тежест.

Допуска се, че проблемите във вниманието могат да бъдат причинени от първични депресивни или тревожни разстройства, а тези с мания по-скоро се асоциират с нарушения в контрола на импулсите и способността за преценка. Тези особености, които могат да се наблюдават и при възрастни пациенти, показват колко е важен скринингът за РДВХ независимо от възрастта. Често пациентите с ОПР и РП, са описвани като импулсивни или разсеяни, но от друга страна при тях не се установяват достъчно данни, които да отговарят на пълните критерии за РДВХ или има само отделни характерни за него симптоми в ранна детска възраст. В същото време проявите на невнимание и/или импулсивност от страна на деца/юноши, при които са налице всички основания за поставяне на диагноза РДВХ, често са възприемани и разглеждани от родителите, учителите или от други, ангажирани с тях възрастни, като противопоставящо се поведение. Именно тази „многоликост“ или „многозначност“ на трудното поведение, може да бъде отразена при прилагането на мултиинформативния подход на оценяване в клиничната практика и така да се достигне до по-добро разбиране на същността и измеренията на съответното състояние или разстройство.

Практическите параметри на ААСАР са разработени, за да подпомогнат клиницистите в контекста на психиатричната практика при вземането на диагностични и терапевтични решения. Тези параметри не са предназначени за определяне на стандарта на грижи, те не трябва да бъдат разглеждани като включващи всички подходящи методи за оценка и лечение. В самите тях е написано, че окончателното решение относно грижите за даден пациент трябва да бъде направено от клинициста в светлината на всички обстоятелства, представени от страна на пациента и неговото

семейството, диагностичните и терапевтични възможности, които съществуват, и наличните ресурси.

В „Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder“ на Американската академия по детско-юношеска психиатрия има част, в която се описват насоки за оценката и лечението на деца и юноши на възраст до 18г. Както отбелязват още в началото авторите, те използват думата дете, визирайки както малките деца, така и подрастващите. Формулираните и тук препоръки са отбелязани съответно според степента на важност, като са използвани същите дефиниции, както и при препоръките за работа с РДВХ. Според първата препоръка, която от много специалисти се счита за базова, успешната оценка и терапия на деца с Опозиционно разстройство изисква постигането на терапевтичен съюз с детето и неговото семейство. Според авторите тя е определена като попадаща в категорията Минимален стандарт или както те отбелязват, същата се прилага при повече от 95 процента от случаите. Прегледът на публикациите по темата, направен по строги изисквания и стандарти, позволява на работната група, изготвяща препоръките, да приеме че както по отношение на получаването на информация за оценката, така и за последващите интервенции, успехът на тези задачи изисква изграждане на терапевтичен съюз с родителите и с детето (Steiner, 1999, 2002, 2004). Изграждане на тази връзка, изисква избягване на борбата за власт и оповаване на търпение и постоянство в общуването. Акцентира се върху необходимостта клиницистите още в самото начало да изяснят своята ролята на помощници на пациента и семейството, като се обърне специално внимание на нуждата от сътрудничество и достъп до информация и от външни лица, каквито биха били учителите, възпитателите и др. Именно нуждата от осигуряване на тази допълнителна информация, често според авторите, е описвана в литературата, като провокираща съмнение и отчуждение, въпреки че това може да варира в зависимост от възрастта на детето и опита на родителите. Независимо от това, че обикновено децата не са съгласни със съществуването на проблем и съответно мотивацията им за сътрудничество би могла да бъде ниска, от голямо значение е осигуряването на достъп до тяхната гледна точка за случващото се. Ангажиране на детето често се постига най-добре чрез проява на разбиране и съпричастност към неговото недоволство и разочарованието, и negliжиране на опозиционно / агресивно поведение (формулировката, която се използва в случая, буквално означава въздържане от налагане на наказание). Опитът, обаче показва, че повечето пациенти осъзнават, че поведението им е по-скоро нетипично или трудно, но това зависи от възрастта и капацитета на детето (Steiner, 1999). Те имат склонност да рационализират поведението си и обстоятелствата го оправдават, но това не ги прави по-щастливи. Именно тази смес от гняв, осъзнаване и неудовлетвореност отваря уникална врата за изграждане на съюз.

Едновременно с това, клиницистът трябва конструктивно да повдига въпроси, свързани с ефикасността на родителството, без да накарат родителя да се чувства обвиняван или съден. Това е най-добре да се случи чрез съставяне на изчерпателен списък на използваните от родителите стратегии, които понастоящем прилагат за

ограничаване или справяне с поведението на детето. Могат да бъдат повдигнати въпроси за това как тези стратегии работят и дали родителите мислят, че те са постигнали желаните краткосрочни и дългосрочни резултати. Клиницистът трябва да предаде съпричастен към фрустрацията на родителите тон, без да се противопоставя на казаното.

Втората препоръка се отнася до културните особености, които трябва да бъдат активно проучени, обмислени и използвани в хода на диагнозата и терапията. Въпреки, че тази препоръка не присъства измежду онези, които засягат децата и юношите с РДВХ, определено може да се заяви, че тя трябва да бъде спазвана и при тях, още повече че редица поручвания на броя засегнати лица с това разстройство, показват много разминавания в различните страни. В специализираната литература не се обсъжда адекватно ролята на етническа принадлежност по отношение на лечението и изхода на опозиционното разстройство, но има обаче значителен набор от текстове, описващи различните модели на родителстване и стилове на възпитание в различни етнически групи и подгрупи, и съответно ефикасността и рисковете от подобни практики. Същевременно, все по- често може да се прочетат съобщения и дори отделни проучвания, засягащи трудностите, които клиницистите срещат, когато работят с пациенти, към чиято култура, среда и религия не са чувствителни. В това отношение от особен интерес са различните стандарти за послушание и непослушание, с които и ние самите се сблъскваме в нашата практика, когато много често виждаме как прояви, които ние бихме определили като клинични, от определени членове на семейството са разглеждани като проява на добро здраве („Палаво дете- здраво дете.“), лидерство, мъжественост, артистичност и т.н. Обсъждането на тези различия е предизвикателство за специалиста, особено когато не познава спецификите на съответната група и в това отношение осигуряването на една допълнителна гледна точка от външен човек, например учител, социален работник или др., ще помогне при намирането на допирни точки с родителите и детето. За да стане това, обаче, специалистът следва да бъде чувствителен към тези области на несъответствие в разбиранията и позициите, което е от особена важност при оценката и терапията на деца с опозиционно разстройство, защото обсъждането на дисциплината е задължителна и основна точка във всеки случай (Walker-Barnes and Mason, 2001).

В следващата препоръка, специалистите от работната група на Американската асоциация по детска психиатрия, насочват вниманието ни към това, че оценката на опозиционното разстройство трябва да включва информация, получена директно от детето, както и от неговите родители, по отношение на основните симптоми, възрастта на която детето е било при тяхното настъпване, продължителността им и степен на функционалното увреждане. Както те поддържат, първоначално обикновено проблемите се отнасят до поведението на детето в домашни условия, и постепенно се увеличават и трудностите извън дома. Относно проявите на агресия, тук най- често те са по- скоро вербални или незначителни като физическа изява, за разлика от тези при децата с поведенческо разстройство (American Psychiatric Асоциация, 2000). В повечето случаи, както се съобщава в същия текст, детето не разглежда своето поведение като

проблемно и дори би могло да го възприема като резонен отговор на конкретни контекстуални обстоятелства. Тъй като тези проблеми не са преходни, те водят до смущения в няколко области на функциониране (Connor, 2002), не могат да бъдат пренебрегнати и изискват ранна идентификация и своевременна намеса. За да се случи това, е важно специалистите да могат да отграничат проявите на опозиционното разстройство от възрастово нормативното опозиционно поведение, от преходните антисоциални прояви и от поведенческото разстройство (Steiner, 2002). Приема се, че изолираните прояви на противопоставящо се поведение при децата или юношите, при които има като цяло добри нива на преморбидно функциониране и запазено функциониране в по-голямата част от актуалните области, са основание за по-скоро положителна прогноза. Това е в сила и тогава, когато причината за тези поведения може да се намери в определени конфликти, в които е въввлечено детето и съответно клиницистът трябва да бъде в състояние да проучи внимателно възможността за това дали опозицията на детето не се задейства или дори причинява от физическо насилие, сексуално насилие или пренебрегване в семейството или в разширената социална среда. Това би направило тези трудни поведения реактивни и контекстуално задвижвани, а означава и преодолими. Тъй като тези поведенчески прояви може да варират в зависимост от контекста и обкръжаващата среда, то осигуряването на информация за поведението на детето от различни информанти и чрез различни инструменти, би могло да подпомогне дефинирането на проблемите, проблемните области и ресурса, върху който може да се гради.

Обикновено детето с опозиционно поведение е трудно за овладяване в условията на дома и в общуването с родителите, но в детската градина, в училищната среда или с други възрастни, то е в състояние да се съобрази с въведените правила и граници, да адаптира поведението си към тях. Това би могло да се обвърже и с несъответни, прекалени или нереалистични изисквания към детето, които не само могат да са провокиращи трудните поведения, но и затвърждаващи недобър отговор, дори модел на поведение (Steiner, 2002). Именно поради това, част от оценката на детето с опозиционно разстройство, се препоръчва да се случва под формата на функционален анализ на поведението на детето и родителите, на техните взаимоотношения, както и на други поведения. Родителите могат несъзнателно да укрепват трудните поведения на детето- напр. когато родителят изпълнява сам онова, което детето преди малко му е отказало да направи.

При оценката на деца с противопоставящо се поведение, клиницистът трябва да знае, че много от проблематичните поведения няма да се наблюдават задължително в първоначалния контакт с изследвания (с изключение на най-тежките случаи), но биха били очевидни при наблюдение на взаимодействието с основния (те) полагащ (и) грижи възрастни. Също така е важно да се документира постоянството и непроменливостта на проблема. В DSM-IV-TR се определя минимална продължителност от 6 месеца. Някои родители биха могли да потърсят специализирана помощ много преди това и ранната намеса в тези случаи трябва да бъде насърчена. Свързан с това е и въпроса за значението на същинската или цялостната оценка на децата и достъпа до нея, като в

случай на вариации на поведението и с оглед риска от недобре разграничими патогенни процеси, се препоръчва такава (Connog, 2002). Психологичната и/или психиатричната оценка ще позволи да се опише взаимодействието между различните променливи и да се определят ролята на всеки един от участниците в процеса на неефективна комуникация. Специално внимание трябва да се обърне на това как се гледа на отделните участници- дали детето е разглеждано като жертва или като извършител и аналогично родителят.

Няма да се спираме в подробности върху следващата препоръка, тъй като тя касае възможните коморбидни състояния и разстройства, по начина, по който същите са разгледани и в документа, касаещ оценката на децата с РДВХ. Ще акцентираме само върху факта, че при това разстройство много често се регистрират съпътстващи заболявания. Също така в прегледаната литература се описва висока честота на прояви на опозиционно и дори разрушително поведение при деца, при които е налице хроничен педиатричен проблем (Connog, 2002), изискващ друг вид оценка и лечение, а понякога самото педиатрично лечение (продължително), провокира подобни поведения.

Петата препоръка (Включете информация, получена от множество независими външни информанта.) е оценена високо като значимост и е отнесена към т.нар. клинични насоки- препоръки, които са изведени въз основа на емпирични доказателства и / или силен клиничен консенсус. Клиничните указания се отнасят за 75% от казусите (т.е. в повечето случаи). Тези практики трябва да се прилагат почти винаги в клиничен контекст, но има изключения от тяхното универсално приложение. Клиницистите обикновено ги намират за полезни. Тук работната група препоръчва осигуряването на възможност за достигане до информация от множество информанти, като специалисти, работещи с децата, учители и други професионалисти в училище. Външните наблюдения помагат в определянето на това доколко въпреки промените в социалната среда и обкръжението, детето продължава да проявява опозиционно поведение. Тази информация помага да се определи и кои и колко области на функциониране са засегнати, и да се потвърди диагнозата. Опирайки се на множеството публикации по темата, авторите подчертават, че клиницистите трябва да бъдат подготвени за естествената ниска степен на съгласуваност между оценките на отделните информанти, но за съжаление те поставят друг ракурс на разглеждане, поставяйки под съмнение клиничната значимост на този резултат.

Все пак трябва да се има предвид, че въпросните препоръки, макар и последни към момента на написване на насоящата дисертация, са изготвени преди 10 години, а от тогава са налице редица поручвания именно върху различията в докладите на информантите, която вече се разглежда като естествена и не противоречаща. Следователно това, което те посочват, а именно че учителите и родителите са склонни да се съгласят един с друг по отношение на екстернализираните поведение, отколкото същите с дете (Ангълд и Костело, 1996), по- скоро следва да се интерпретира в контекста на нуждата от това да бъде осигурена информация от детето. Още повече, както се вижда, самостоятелните доклади за проблемно поведение, получени анонимно,

показват стабилност на заявените прояви след 1 година (Connor, 2002). Това изисква от клинициста готовност в разглеждането и анализирането на получената информация. Родителите и децата/юношите могат да не са съгласни в описанието на характера и произхода на проблема, а такова разминаване трудно да се преодолее без въвеждане на неутрални информанти извън семейството, каквито са учителите. Важно е обаче, това с което завършва препоръката и което не се намира често в описанието на проблема, а именно че цялата тази информация, трябва да бъде балансирана, за да се постигне и поддържа терапевтичен съюз, а не да доведе до противопоставяне, защото то би подхранило проблема.

Следващата препоръка, е отнесена към използването на конкретни въпросници и рейтингови скали, които могат да бъдат полезни при оценяването на децата за опозиционно разстройство и при проследяване на напредъка. Това е опционална препоръка, т.е. няма достатъчно емпирични доказателства в подкрепа на въвеждането на тази практика като минимален стандарт. Същевременно обаче, редица факти и обстоятелства, карат професионалистите все по-често да прилагат в ежедневната си практика именно такива инструменти, което съответно води и до увеличаване на тяхното предлагане. Това е така и спрямо опозиционното разстройство, като направеният обзор показва, че са налице широка гама от инструменти и интервюта, които са разработени да измерват опозиционното поведение и други форми на агресия в детството и юношеството в различен контекст (Collett et al., 2003; Connor, 2002).

Таблица 1 обобщава някои инструменти, които могат да бъдат приложими в клиничната практика, сред които има разнообразие от структурирани и полуструктурираните интервюта, с добри психометрични характеристики, които са обобщени от вписаните в разгледаните вече ръководства или препоръки. Повечето от тези инструменти включват и отделна част, оценяваща конкретно разстройство, напр. опозиционното разстройство, но малко имат субскали, обхващащи позитивните страни и характеристики в поведението на детето/юношата.

Въпросниците и рейтинг скалите могат да бъдат полезни в клиничната практика не само, за да се установи диагнозата, но и да се проследи напредъкът и реакцията от проведените интервенции. Повечето от тези инструменти включват разнообразни конструктори, отразяващи разрушителното или агресивното поведение според съответните възрастови стандарти. Това позволява дотигането до резултати, които могат да бъдат сравнени според диапазоните, съответстващи на възрастта и така да се помогне в очертаването на нормативното и не-нормативното поведение. За съжаление у нас са достъпни много малко от изброените по-горе инструменти, като голяма част от тези, които са налични не са съответно стандартизирани и употребата им е под съмнение. В същото време, прегледът на наличните въпросници, скали, интервюта и т.н, показва, че разполагаме с други методики, разработени върху отлична теоретична база и с мащабни и разнообразни нормативни извадки. В таблица 1 е представен списък от официално публикуваните и предлагани инструменти, техните автори и основни характеристики. При преглед на същите прави впечатление, че нашата целева група, а именно ранното юношество или прехода от детството към юношеството почти не е

застъпена, а извадките върху които са разработени и изведени нормите, не включват пациенти, т.е. отсъства информация за клиничното приложение на тези инструменти, с изключение на нашия пракитчески опит с някои от тях. Също така, с изключение на саклата на Connors, която осигурява информация от няколко информанта, останалите са предимно оценъчни или самооценъчни въпросници, т.е. не позволяват прилагане на модела на мултиинформативната оценка, който се препоръчва като добра практика.

Следователно балансирането между инструментите и информантите, е част от изкуството на добрата психодиагностична работа. Основаната на доказателства оценка следва да бъде свързвана с описание на оценъчните методи и процеси, които са емпирично доказани не просто в смисъла на тяхната надеждност, валидност, но и в контекста на тяхната полезност и приложимост за съответните популации, контекст и цели. Определяща за избора на инструменти е все пак и тяхната наличност. Част от подготовката за изследването ни, включваше проучване на официално предлаганите у нас инструменти, списък с които е представен в таблица 2.

Таблица 1. Списък от инструменти, приложими при оценката на деца с проблемно поведение, РДВХ, ОР, РП, изготвен на база препоръки от APA, NICE, Inserm и др. описани по- горе източници.

| Инструмент | Изследван конструкт | Възраст | Психометрични характеристики | Референции | Коментари | Информанти |
|---|---|--|---|---|--|--------------------------|
| Инструменти, описани в стандартите на IACAPAP, AARA, APA и NICE | | | | | | |
| CPRS/ CTRS | Опозиционно поведение; хиперактивност/ импулсивност | от 6 до 18г. Самооценка- от 8 до 18г. | Отлични; В зависимост от версията (кратка/пълна) 10 айтема | Conners et al.,1998 - последната верия е от 2008г. | - мултиинформативна оценка - няма десегрегация на хиперактивност от импулсивност. | родител/ учител |
| APRS | Обучителни възможности и затруднения | начална училищна възраст | Добри; 19 айтема | Barkley, 1990 | - създаден е за оценка на училищните умения и постижения при деца с проблемно и разрушително поведение; - позволява проследяване на ефекта от терапията. | учител |
| AAQ | Импулсивност и преднамерана агресия, настроение и възбуда | юношество и зряла възраст | Отлични; 22 айтема | Barratt et al., 1999 | - има десегрегация на различните форми на агресивност - приложим е преди всичко в периода на късното юношество - има адаптация на Steiner за юноши, но не е популярна. | самооценъчен |
| ADHD RS-IV | Невнимание, хиперактивност, импулсивност, смесен тип | от 5 до 18г. (от 5 до 10 и от 11 до 17г.) | Приемливи; 18айтема | DuPaul et al., 1998 | - препоръчва се както за за скрининг оценка, така и за бърза клинична оценка, част от диагностичната работа. | родител, учител |
| CBCL | Екстернализирани и интернализирани поведения | предучилищна, училищна възраст и след това | Отлични; 118 айтема | Achenbach, 1991 | - най- добър при оценка на дълго продължаващи поведенчески патерни. | родител |
| BrownADDS cales | Невнимание и проблеми със самоконтрола | детска, юношеска и зряла възраст | Добри; 40-50 айтема | Thomas E. Brown, 1996, 2001 | - диагностична форма, която помага при вземането на клинични решения | родител, учител, дете |

| | | | | | | |
|----------|---|----------------------------------|--|--|--|-----------------------|
| SNAP-IV | Невнимание, хиперактивност/импулсивност, смесен тип; опозиционно разстройство | от 6 до 18г. | Приемливи; 26 айтема | Swanson, 1992 | - позволява експресна оценка, приложима за епидемиологични проучвания и в клиничен контекст | родител, учител |
| YSR | Екстернализирани и интернализирани поведения | училищна възраст и след това | Отлични; 102 айтема | Achenbach, 1991 | - най- добър при оценка на дълго продължаващи поведенчески патерни (последните 6 месеца). | самооценъчен |
| VADP/TRS | РДВХ и коморбидни състояния; училищна успеваемост; взаимоотношения. | от 6 до 12г. | Приемливи; в зависимост от версията- 55 айтема за родител и 43 за учител | Wolraich et al., 2003a | - съществуват модификации, включващи допълнителни айтеми, отнасящи се до други диагностични категории. | родител, учител |
| SDQ | Емоционални симптоми, поведенчески проблеми, хиперактивност/импулсивност; проблеми отношения с връстниците и просоциално поведение. | от 3 до 16г. | Добри; 25 айтема | Goodman et al, 1998, 2010 | - кратък скринингов въпросник; - проследяване на ефекта от терапията, включвайки допълнителни въпроси - прилага се от изследователи, клиницисти и в образователната сфера. | родител, учител, дете |
| OAS | Изявена агресия (вербална, физическа срещу самия себе си, с/у предмети и други хора). | възрастни пациенти | Приемливи; 21 айтема | Yudofsky et al., 1986 | - налице са множество модификации, вкл. за амбулаторни пациенти и ретроспективна версия; - най- добър за употреба в контролирана среда (лежашоболни пациенти). | наблюдение |
| AQ | „Хищническа“ и афективна агресия | детска и юношеска възраст | Приемливи; 10 айтема | Vitiello et al., 1990; Malone et al., 1998 | - има десегрегация на различните форми на агресивност - отсъстват достатъчно емпирични доказателства. | наблюдение |
| BDHI | Открита и прикрита враждебност | късно юношество и младежи | Добри; 21 айтема | Buss and Durkee, 1957 | - основно при юноши - невъзможно е приложение в ранното юношество и при по- малки деца. | самооценъчен |
| STAXI | 8 субскали- гневност-състояния и черти | късно юношество и младежи | Отлични; 44 айтема | Fuqua et al., 1991 | - основно при юноши - невъзможно е приложение в ранното юношество и при по- малки деца. | самооценъчен |
| AIAQ | Лабилност, раздразнителност и нападателност | детска, юношеска и зряла възраст | Приемливи; 28 айтема | Coccaro et al., 1991 | - употребата при младежи не е достатъчно проучена. | самооценъчен |

| | | | | | | |
|---|--|------------------------------|---------------------------|--|---|-----------------------|
| B-P AQ | Физическа и вербална агресия, гневност и враждебност | училищна възраст и след това | Отлични; 29 айтема | Buss and Perry, 1992 | - базиран на Buss-Durkee, но с подобрени психометрични свойства, съкратена версия и с приложение при по- широк възрастов диапазон. | самооценъчен |
| LHA | Проявена агресия-агресивност, последствия, антисоциални прояви, автоагресия и др | младежка възраст | Отлични; 11 айтема | Coccaro et al., 1996 | - модификация на системата на Brown-Goodwin за събиране на история, касаеща прояви на агресия. | интервю |
| CAS-P | Употреба на огнестрелни оръжия, вербална агресия; провокирана/инициирана физическа агресия, към обекти и животни | начална училищна възраст | Приемливи; 33 айтема | Halperin et al., 2002 | - разработен единствено за родители; - ограничени емпирични данни. | родител |
| CASS | Поведенчески проблеми и свързани с контрола над гнева субскали | юношество | Отлични; 64 | Conners and Wells, 1997 | - ограничена възрастова група - предназначен предимно за епидемиологични проучвания. | самооценъчен |
| PDR | Антисоциално (проблемно поведение) и проблематични (цели) поведения | всички възрасти | Отлични; 30 | Kazdin and EzveldtDawson, 1986 | - интервю с родител относно антисоциални поведения при дете през последните 24 часа; - тестван е предимно при контролирани проучвания. | родител |
| IAB | Различни отворени, затворени и антисоциални поведения | всички възрасти | Отлични; 23 | Chamberlain and Reid, 1987 | - интервю с родител относно антисоциални поведения при дете през последните 24 часа; - диференциация на различните видове агресивни прояви. | родител |
| Инструменти, които се препоръчват в други съвременните ръководства за оценка на деца и юноши с проблеми в поведението | | | | | | |
| BASC-3 (TRS, PRS, SRP) | Оценява адаптивни и проблемни поведения; | от 3 до 18г.11м. | Добри; 25 до 30 айтема | Randy W. Kamphaus, PhD, Cecil R. Reynolds, PhD, 2015 | - възможно е извеждане на индекс за риск от социални, емоционални и поведенчески проблеми; - самооценъчната версия има три възрастови нива- деца, юноши и младежи, и четвърто ниво, което протича като интервю и е за деца между 6-7г. (SPR-I); - цяла система- въпросници, наблюдение; история на развитието и др. | родител, учител, дете |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--------------|--|---|--|--------------------------|
| SSISRS | Три групи: Социални умения, Проблемни поведения и Академични постижения | от 3 до 18г. | Приемливи; В зависимост от формата. | Frank Gresham, PhD, Stephen N. Elliott, PhD, 2008 | - комуникация, кооперативност, асертивност, отговорност, емпатия и др. - екстернализирани/интернализирани, насилие сред връстниците, хиперактивност/импулсивност и др | родител, учител, дете |
| DSMD™ и School Form | Емоционални, поведенчески проблеми според описаните в DSM-IV;екстернализирани/интернализирани р-ва. | от 5 до 18г. | Добри; 110-111 айтема | Jack A. Naglieri, PhD, Paul A. LeBuffe, Steven I. Pfeiffer, PhD, ABPP, 1994 | - създаден е специално за планиране на лечението и проследяване на резултатите - приложим при амбулаторни и лежачоболни пациенти. | родител, учител |
| ECBI и SESBI-R | Честота и тежест на разрушителни поведения в училище и у дома. | от 2 до 16г. | Добри; 36/38 айтема | Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983 | - включват голям набор от възрастово типични и нетипични поведения, което прави възможно отчитането на абнормност. | родител./др., учител |

Забележка: *Отлични психометрични характеристики* се отнася до това, че кохезията, конвергентната, дискриминативната и предикативната валидност на инструмента са проверени при разнообразни и представителни извадки, както и че проучванията, които ги представят са с отлични, потвърждаващи се резултати; *Добри психометрични свойства*- един или два от изброените преди това критерий не са изпълнени; *Приемливи*- повече от два критерия не са изпълнени, но въпреки това инструментът е концептуално интересен и особено подходящ в клиничен контекст. CPRS, CTRS = Connors Rating Scale (версии за учител и за родител); APRS = Academic Performance Rating Scale; AAQ = Barratt Aggressive Acts Questionnaire; ADHD Rating Scale-IV; CBCL = Child Behavior Checklist; BrownADDScales = Brown Attention-Deficit Disorder Scales®; SNAP-IV = Swanson, Nolan, and Pelham; YSR = Youth Self-Report; VADP/TRS = Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent and Teacher Scales; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaires; OAS = Overt Aggression Scale; AQ = Aggression Questionnaire; BDHI = Buss-Durkee Hostility Inventory; STAXI = Spielberger Anger and Expression of Anger Inventory; AIAQ = Anger, Irritability, and Aggression Questionnaire; B-P AQ = Buss-Perry Aggression Questionnaire; LHA = Life History of Aggression; CAS-P = Children's Aggression Scale; CASS = Connors/Wells Adolescent Self-Report of Symptoms; PDR = Parent Daily Report; IAB = Interview for Antisocial Behavior; BASC-3 Behavioral and Emotional Screening System (BESS); SSIS = Social Skills Improvement System Rating Scale; DSMD™ = Devereux Scales of Mental Disorders; ECBI = Eyberg Child Behavior Inventory; SESBI-R = Student Behaviour Inventory-Revised

Таблица 2. Списък на наличните в България психологични инструменти, приложими при деца с проблемно поведение

| Инструмент | Изследван конструкт | Възраст | Психометрични характеристики | Референции | Област на приложение | Информанти |
|---|--|--|---|--|--|-----------------------------|
| Според Национален регистър на психологически тестове- България | | | | | | |
| Conners 3: | Хиперактивност и коморбидни състояния- 18 скали | от 6 до 18г. | Добър; айтеми-според информанта и версията от 41 до 115 | автор: Кийт Конърс българска версия: Н. Николов и Д. Иванова | - скрининг - оценка на прогреса от терапията | родител, учител, самооценка |
| САВВ | Три осн. параметъра на взаимоотношенията в социалната мрежа на връстниците: виктимизация, агресия и социална подкрепа | деца и юноши- от 2 до 12 клас | Отличен; 41 айтема | Пламен Калчев, 2012 | - базира се на директен поведенчески подход за оценка; - 12 скали. | самооценка |
| СЕПР | Екстернализирани проблеми- ниво на самоконтрол | юноши- от 8 до 11 клас | Добър; 26 айтема | Пламен Калчев, 2005 | - диагностика, скрининг и изследователски цели | самооценка |
| МСА | 8 скали, оценяващи физическа, вербална, и индиректна агресия, гняв, враждебност, недоверие, морален скептицизъм и др. | юноши- от 7 до 11 клас и младежи-студенти до 20 години | Добър; 59 айтема | Пламен Калчев, 2005 | - диагностика, скрининг, оценка на ефективността от терапията и изследователски цели | самооценка |
| ССБВО | 9 скали, сред които самооценка, депресивно настроение, психична близост с родителите, отн. с връстниците- приемане и проблеми, доверително общуване, суицидна идеация и т.н. | ученици от 5 до 11 клас | Добър; 42 до 45 айтема според възрастта | Пламен Калчев, 2011 | - диагностика, скрининг, оценка на ефективността от терапията и изследователски цели | самооценка |
| YPI | Психопатна личностна констелация- междуличностна, афективна и поведенческа. | юношеска/млаdejка възраст | Добър/отличен; 50 айтема | автор: Henrik Andershed БГ адаптация: П. Калчев | - диагностика, скрининг и изследователски цели | самооценка |
| IRI | Емпатийна загриженост; приемане на чуждата перспектива; фантазиране; личен дистрес. | юноши- от 6 до 11 клас | Добър; 28 айтема | автор: М. Дейвис, 1980 БГ адаптация: П. Калчев | - диагностика, скрининг и изследователски цели | самооценка |

| Други | |
|--------------|---|
| CBCL | Todorov, E., Stankova, M., Pacholova, Y., Initial data for the standardization of Child Behavior Checklist for Ages 1.5–5 years and Caregiver-Teacher Report Form for Ages 1.–5 (Achenbach & Rescorla) Bulgarian Journal of psychology, 2010, 1-4 |
| SDQ | https://sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Bulgarian превод: Лора Лиамова, Доротея Холман, Пламен Калчев, Камелия Ханчева. |

Забележка: Адекватен- Инструменти с тази оценка покриват минималните изисквания за качество на психологическите тестове и могат да бъдат използвани за практическите цели, посочени в документацията на теста. Добър- Инструменти с тази оценка покриват напълно всички изисквания към качеството на психологическите тестове. Възможно е една от областите да е получила задоволителна оценка. Могат да се използват за практическите цели, посочените в тяхната документация. Отличен- Инструменти с тази оценка притежават отлични психометрични качества. Те могат да се използват за практическите цели, посочените в тяхната документация, и да служат като „златен стандарт“ при разработването на нови тестове в съответната област. Conners 3: Рейтингова скала за оценка на хиперактивността и коморбидните състояния; CABV = Скала за агресия и виктимизация от връстниците; СЕПР = Скала за екстернализирани проблеми на развитието в юношеска възраст; МСА = Многомерна скала за агресивност в юношеска възраст; ССБВО = Субективно благополучие и взаимоотношения с родителите и връстниците в юношеска възраст; YPI = Юношески въпросник за психопатни черти; IRI = Interpersonal reactivity index или Скала за емпатия: Индекс на междуличностно реагиране; CBCL = Child Behavior Checklist; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaires.

Глава 3. Постановка и организация изследването

3.1. Цел, задачи и хипотези на изследването

Подготовката и реализацията на изследването обхващат периода от 2012г. до 2016г., като междинните и окончателните резултати от него са представени на национални и международни научни форуми, и описани както в тези времеви рамки, така и след това.

Цел, хипотеза и задачи

Целта на настоящия труд е да се разработи ефективен, икономичен и същевременно обективен инструментариум, отговарящ на съвременните изисквания за мултиинформативна оценка, който подпомага изследването на деца между 10 и 14г. с проблеми в поведението в клиничен и извънклиничен контекст и позволява идентифициране на децата с абнормни резултати.

Основната хипотеза се отнася до допускането, че въпреки че разработените инструменти имат по-добри прогностични възможности, когато се прилагат съвместно при няколко различни информанта, резултатите от тях помагат за идентифицирането на деца в риск, но не могат да се използват изолирано за диагностични заключения.

Работните хипотези са свързани с основната, но засягат по-конкретни очаквани резултати:

- Предвижда се възпроизвеждане на факторните структури на използваните инструменти, като по отношение на новоконструираната скала, резултатите се очаква да се доближават до описаните от DuPaul за ADHD RS-IV.
- В съответствие с други проучвания се очаква учителите да имат по-висока сензитивност към т.нар. екстернализирани поведения в сравнение с родителите, докато вторите регистрират с по-голяма готовност емоционалните проблеми. И двете групи са по-склонни да отчетат изявата на трудни поведения, отколкото на емоционален проблем.
- Корелацията между отговорите на децата, родителите и учителите в клиничната извадка, е по-ниска в сравнение с тази при нормативната, което би могло да се обясни както с особеностите на изследваните деца и тяхната способност за самооценка, така и с контекста на изследване (причини за консултацията и т.н.).

Задачите са подчинени на целта, съобразени с основната хипотеза и работните хипотези и са разписани в три отделни етапа, както следва:

Теоретична постановка

- I-ви етап**
- Запознаване с характеристиките на проблемното поведение и поведенческите разстройства в периода на предюношеството
 - Преглед на съвременните модели и добри практики за оценка на деца с проблеми в поведението- теоретични рамки (психологични, медицински и др.), стандарти, инструменти, експертиза и т.н

- II-ри етап**
- Изготвяне на методологията на изследването и неговото реализиране**
- Проучване на ситуацията у нас и наличните инструменти
 - Избор и подготовка на инструменти - разрешение за ползване, превод, обучение и т.н.
 - Конструирание на скала за оценка на проблемни поведения
 - Прилагане на изготвения инструментариум (разработване на процедура и регламент за приложение) - контролна група, клинична група - разрешение и информирано съгласие

- III-ти етап**
- Оценка на психометричните характеристики на инструментите. Статистически анализ и дискусия**
- Анализ на получените резултати
 - Изводи

Обект на проучването и целева група

Обект на проучването е мултиинформативната оценка на деца с проблеми в поведението и възможностите за нейното приложение в клиничен контекст. Като информанти са включени родители, учители и деца от общообразователни училища (V- VI клас или 11-13г.), както и пациенти на КДП „Св.Никола“- дневно отделение.

Изборът на възрастта на целевата група е обоснован от следните обстоятелства и факти:

- налице са ограничен брой проучвания, обхващащи т.нар. предюношеска или ранна юношеска възраст, поради доскорошното традиционно подценяване на периода.
- предизвикателствата на възрастта- промени в биологичното съзряване на индивида, които неминуемо са свързани и с промени във функционирането на мозъка,

съответно в когнитивното, емоционалното, социалното и моралното развитие. Когато съотнесем тези промени и към това, че точно в тази възраст се преминава от едно образователно ниво в друго или през преход в образователната система, то потенциалните адаптационни проблеми стават все по-очаквани, а възможностите за интервенции наложителни.

- самоописателни скали- включването на детето като информант изисква определено ниво на психична зрялост у него (когнитивна, социална и афективна).

Въз основа на това са определени и следните **критерии за включване** и съответно **изключване** при избора на изследваните лица:

- по отношение на децата от **контролната група** - обучават се в общообразователно училище в V-VI клас; налице е декларирано съгласие от страна на родителите за участие на детето в изследването. При отказ на самото детето да сътрудничи, това следва да бъде уважено.

- **клинична група** - пациенти в дневно отделение на КДП „Св. Никола“, чиито родители изрично са дали съгласието си за участие в проучването. При отказ на родителите да се установи контакт с учителите на детето, както и при отказ на самото дете, това е уважено. Изключващи критерии- психотични симптоми, интелектуален дефицит – IQ под 70- за самооценъчните въпросници.

3.2. Методи на изследване

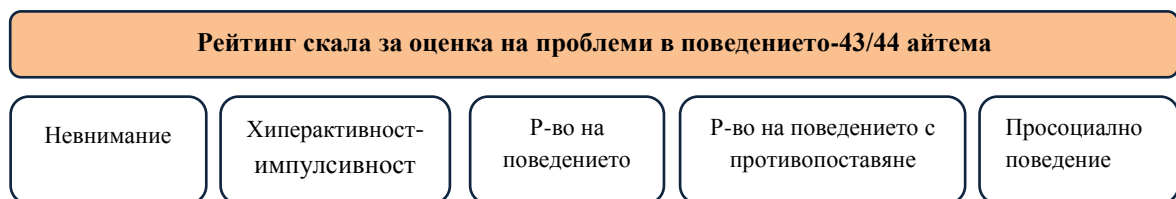
Психологичен инструментариум

Направеният преглед на ситуацията в България по отношение на наличието на стандартизирани инструменти за оценка на поведението в детско-юношеска възраст, установи изразен недостиг на такива. Най-често се прилагат оценъчни листове, в които се регистрира наличие или отсъствие на поведение, а не честота на проява. Тези форми за оценка обикновено не са обвързани с установени възрастови норми, осигуряват информация от един източник и не отговарят на съвременните модели за психологично и клинично оценяване на поведението.

Изборът на приложените инструменти, както и конструирането на авторската скала, са обосновани от една страна от гледна точка на целта и обекта на проучването (множество източника на информация), а от друга той отразява промяната в разглеждането на поведеческите разстройства в DSM-5 и удовлетворява разглеждането на проявите на детето в контекста на развитийната парадигма и неговото място (приемане/отхвърляне) в двете основни социални системи- тази на семейството и на връстниците.

1. За целите на проучването е конструирана **Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението (43/44 твърдения, с 4 степенна Ликертова скала за отговори- Никога, Понякога, Често и Много често)**. Тя е базирана на един от изключително популярните инструменти за скрининг на проблеми в поведението, асоциирани с Разстройство с дефицит на вниманието и/или хиперактивност, а именно ADHD RS

на DuPaul и съавтори. (DuPaul et al., 1998, 2001). Както инструментът, по чийто модел е направена, така и създадената от нас рейтинг скала, събира информация за честотата на определени симптоми, отнасящи се съответно до Разстройство на поведението, Опозиционно разстройство, Разстройство с дефицит на внимание и/или хиперактивност (с основна проблематика, свързана с т.нар. невнимание; с основна проблематика, свързана с т.нар. – хиперактивност; комбиниран тип), така както са описани в DSM-IV. От значение е да се отбележи, че скалата е конструирана преди официалното излизане на DSM-5. В съответствие с очакваните тогава промени в тази класификация са включени и айтеми, оценяващи т.нар. просоциално поведение, като по този начин е обособена още една субскала. Тази структура е проверена в хода на изследването и представена в глава Резултати. Въпросникът се попълва от родители и /или учители или други възрастни, вкл. лекар или психолог, ангажирани с конкретното дете, които имат наблюдения върху неговото поведение и могат да споделят впечатленията си от него през последните 6 месеца, съответно в условията на дома или училищната стая. Използваният в конкретното изследване вариант е предназначен е за деца от 11 до 13г., с оглед на това, че нормативни данни към момента са налице само за тази възрастова група. Тъй като формите следва да бъдат адаптирани към двата вида информанти, а именно родители и учители, и очакванията за информацията, с която разполагат е различна, при вторите не са включени следните 2 твърдения- № 43 „*Вечер се прибира късно, въпреки забраните на родителите*“ и № 44 „*Случвало се е да не се прибира цяла нощ, без разрешение и без да предупреди родителите.*“ С оглед на риска преобладаващите негативни поведенчески прояви, които се оценяват, да доведат до преекспониране на проблема, както и в синхрон с очакваната тогава промяна в диагностичната номенклатура (въвеждане на посочения по- горе спецификатор), са добавени и твърдения, които изследват просоциалното поведение, виж фиг.4.



Фиг.4 Структура на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението

Оригиналната скала на DuPaul е в синхрон с би-дименсионалната структура на сбора от актуалните при създаването ѝ диагностични критерии, и този модел е пренесен към нашата рейтинг скала. Примерни айтеми:

- **Невнимание-** „*Не обръща достатъчно внимание върху детайлите или прави „лекомислени“ грешки в учебната работа.* “; „*Трудно задържа вниманието си върху задачите или по време на игра.*“

- **Хиперактивност-импулсивност**- „Шава с ръце, крака или се върти на мястото си“; „Отговаря веднага („изстрелва“ отговора), още преди да е чул въпроса.“
- **Разстройство на поведението**- „Има моменти, когато използва физическа сила и наранява (хора или животни).“; „Лъже, за да се предпази от неприятности или заради изгода.“
- **Разстройство на поведението с противопоставяне**- „Държи се предизвикателно и открито отказва да се съобразява с изискванията на възрастните и правилата за поведение.“
- **Просоциално поведение**- „Хвали другите за това, което са направили.“; „Проявява съчувствие към другите.“

2. **Въпросникът Силни Страни и Трудности** - ССТ-Бг е българска преводна версия на Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), създаден от д-р Робърт Гудман (Goodman, 1997). ССТ-Бг представлява кратък поведенчески въпросник, насочен към деца от 3 до 16 годишна възраст. Този инструмент съществува в няколко разновидности, които позволяват неговото приложение в контекста на клиничната практика, където се използва от лекари и психолози, в контекста на психологическата работа в образователната и социалната сфера, както и с изследователски цели. Различните форми на инструмента на Гудман се състоят от основен въпросник (с 25 тестови въпроса) с пет форми – две за родители на деца от 3-4 или 4-16 години, две за учители на деца на 3-4 или 4-16 години и форма за самооценка на подрастващи на възраст между 11 и 16 години, способни да попълнят въпросника според степента на разбиране и овладяване на езика (3 степенна Ликертова скала за отговори- *Невярно, Донякъде вярно, Напълно вярно*) Въпросите във формите са почти идентични с леки промени на изказа във формата за самооценка на детето и промяна на три въпроса във формата за родители и учители на 3-4 годишните деца, с оглед спецификата на поведението във възрастта. В настоящото проучване са използвани както самооценъчната форма, така и тези за родители, и учители. Във всички форми се изследват 25 психологически признаци, някои положителни, други отрицателни.



Сборът от първите четири скали дава Крайният сбор точки на Трудностите.

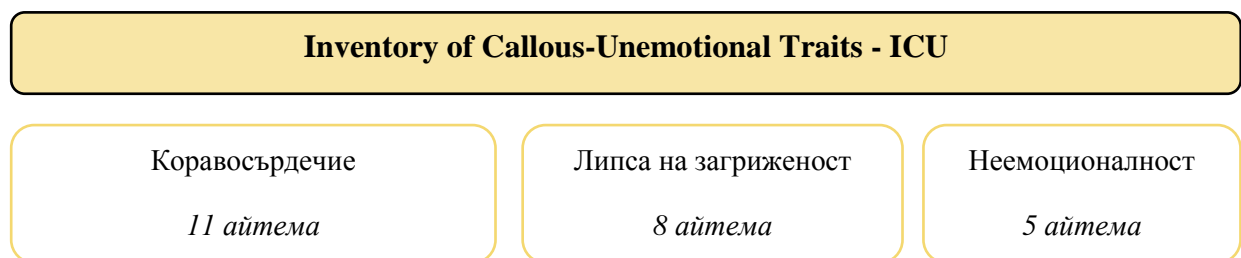
Фиг. 5 Структура на въпросник за силни страни и трудности

Примерни айтеми от формата за дете, като разликата в другите форми е единствено във формулировката- от 1 л.ед.ч. в 3 л.ед.ч.:

- **Емоционални симптоми**- „Често се чувствам нещастен и потиснат. Понякога чак ми се плаче.“
- **Поведенчески проблеми**- „Често ме обвиняват, че лъжа или мамя.“
- **Хиперактивност-Невнимание**- „Неспокоен съм, не мога да стоя дълго време на едно място.“; „Лесно се разсейвам и трудно се концентрирам.“
- **Проблеми с връстниците**- „Другите деца често ме дразнят и тормозят.“
- **Просоциално поведение**- „Съобразявам се с чувствата на другите.“

Българският превод е направен от Лора Лиимова, Доротея Холман, Пламен Калчев, Камелия Ханчева.

3. **Inventory of Callous-Unemotional Traits - ICU** (Frick, 2003) е самооценъчен въпросник, насочен към оценка на т.нар. „С-U“ черти или „коравосърдечност/закоравялост- неемоционалност“, които са особено важни за диференцирането на една специална група лица/юноши с антисоциално и агресивно поведение, при които има основание да се мисли за формираща се или формирана личностова патология. Инструментът е изграден на база на популярния Antisocial Process Screening Device и се счита че преодолява някои от неговите недостатъци. Има няколко форми, като в случая е използвана неговата разновидност за самооценка. Съставен е от 24 айтема, с 4 степенна Ликертова скала- *Напълно вярно, По-скоро вярно, По-скоро невярно, Изцяло невярно..* Дефинират се три психопатни подскали: Коравосърдечие- 11 айтема. Незаинтересованост/ липса на загриженост- 8 айтема; Неемоционалност- 5 айтема.



фиг. 6 Структура на Въпросник за черти на коравосърдечност и неемоционалност

Примерни айтеми:

- **Коравосърдечие**- „Не ме е грижа кого наранявам, за да получа това, което искам“, „Чувствата на другите не са важни за мен.“
- **Незаинтересованост/ липса на загриженост**- „С каквото и да се занимавам работя упорито и с усърдие(-)“; „Извинявам се, ако засегна някого.“(-)
- **Неемоционалност**- „Не показвам емоциите си пред другите“, „Открито изразявам своите чувства.“ (-)

Българският превод е направен от Камелия Ханчева, Светла Стайкова, Людмила Андреева и Пламен Калчев- четири независими варианта, които по- късно са обсъдени до постигане на съгласие.

4. Скала за субективно благополучие и взаимоотношения – ССБВО (Пл. Калчев, 2010)- кратък, икономичен и лесен за употреба от квалифицирани специалисти самооценъчен въпросник за широк кръг параметри на личностното функциониране, предназначен за използване във възрастовия диапазон 5- 11 клас. Може да се използва като скринингов инструмент за идентифициране на юноши с ниски равнища на субективно благополучие и проблеми в социалните взаимоотношения, като допълнителен метод за подпомагане на диагностичното заключение и като средство за определяне на дефицитите и ресурсите с цел планиране на интервенции и следователно и за оценка на ефективността на същите. ССБВО намира приложение и в изследователски план за анализ на развитието в периода на юношеството, както и валидизирането на други инструменти. Изследването би могло да бъде реализизирано в индивидуален или в групов формат, като отнема средно 10 минути.

Този инструмент оценява три основни проблема, описани по- долу с примерни айтеми:

• **Субективно благополучие**- анализира се чрез 3 параметъра, чрез които се достига до общ показател за субективно благополучие, в който депресивното настроение е включено с обратен знак:

- *самооценка*- обща удовлетвореност от себе си, себеприемане, самоуважение и чувство за собствена ценност, увереност и чувство за справяне- напр. *„Доволен съм от това, което съм.“*

- *положителна нагласа към живота*- глобална положителна нагласа към живота и удовлетвореност от личното битие, както и оптимизъм, положителни очаквания за бъдещето и убеждението, че животът се развива в правилната посока- напр. *„Радвам се на живота повече, отколкото другите хора.“*

- *(отсъствие) на депресивно настроение*- преживяване на тъга, дефицит на положителни емоции (анхедония), социално отдръпване, чувство за самота, отчуждение и загуба на интерес, себеобезценяващи нагласи и чувство за безсмисленост на живота. Акцентът е върху емоционалните аспекти на проблема. Депресивното настроение следва да се диференцира от депресивното разстройство, не само от гледна точка на продължителността и остротата на преживяванията, но и спрямо анализиранияте признаци/симптоми (напр. когнитивни, соматични и т.н.)- напр. *„Нищо не ми доставя истинска радост.“*

• **Взаимоотношения с родителите**- оценява се т.нар. афективна връзка или психична близост и нейното качество. Същата е представена като лесно общуване, разбиране, споделяне и доверие, възприемана загриженост и интерес от страна на родителите, включително и отсъствие на конфликти и моделиране или родителската роля като модел за детето- напр. *„С моите родители е лесно да се говори.“*; *„Понякога се питам дали наистина моите родители ме обичат.“*

• **Взаимоотношения с връстниците**- оценяват се на база на следните три параметъра:

- *Приемане от връстниците*- степен на харесване и приемане на детето като желан социален партньор, т.е. включеност в социалната мрежа на връстниците, чувство за принадлежност към група или широк приятелски кръг, очаквана подкрепа при нужда от такава.- напр. „*Повечето от съучениците ми в класа ме харесват и биха искали да са мои приятели.*“

- *Проблеми/неблагополучия в отношенията с връстниците*- негативен опит във взаимоотношенията в класа (дразнене, обиди, подигравки, активно нехаресване от съучениците). Резултатите от този параметър корелират отрицателно, но умерено с параметъра Приемане от връстниците и следователно не могат да бъдат разглеждани като полюси на една обща дименсия.- напр. „*Съучениците, с които искам да съм близък, изглежда не ме харесват.*“

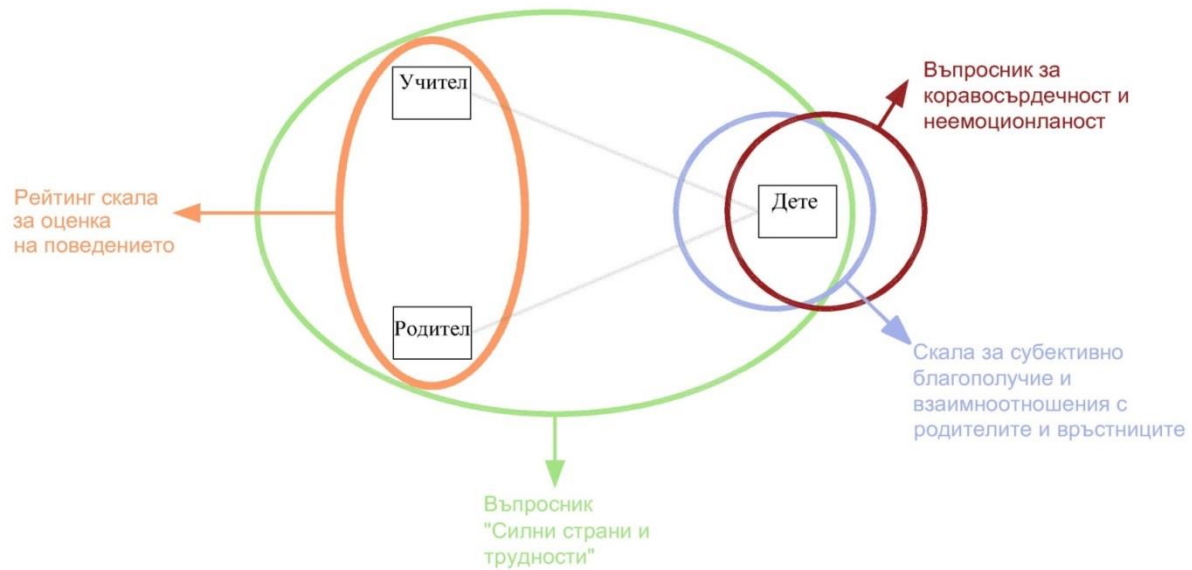
- *Доверително общуване*- близко приятелско общуване, предполагащо по-интензивни и избирателни отношения с един или малък брой връстници, характеризиращи се с по- дълбоко разбиране, доверие и споделяне.- напр. „*Има човек в класа, с когото сме толкова близки, че се разбираме почти без думи.*“

Всички тези параметри на взаимоотношения с връстниците се анализират в контекста на класа и следователно оценката е ограничена в рамките на тази формална група.



Фиг. 7 Структура на Скала за субективно благополучие и взаимоотношения

Кой попълва и какво попълва или разпределението на инструментите спрямо различните групи информанти е показано във Фигура 8.



Фиг.8 Разпределението на инструментите спрямо различните информанти

Процедура на изследване

Форми на изследване

Избраните психологични инструменти са предназначени както за индивидуално, така и за групово изследване, което позволява да се обхванат по-голям брой попълващи лица. В специализираната литература се отбелязва тенденция все по-често подобни въпросници да бъдат попълвани дистанционно с цел както скъсяване на пътя до съответните специалисти, така и съкращаване на процедурата за същинска психологична оценка. Опитът в тази посока не е голям и в настоящото проучване са прилагани стандартните форми на изследване, директно представяни от докторанта.

Инструкция

Разработените протоколи за оценка съдържат инструкция за попълване, която не се отличава от тази в оригиналните протоколни бланки. В съдържанието на инструкцията не са използвани специални психологически термини. Текстът, както и цялостната формулировка на айтемите, участващи във всеки един от избраните инструменти, са разбираеми и достъпни за самите информанти, което се потвърждава и от наблюдението при пълване. Допълнителни уточнения от страна на изследващия, както по отношение на съдържанието на твърденията, така и по отношение на алтернативите за отговор, са необходими рядко (основно при работата със самите деца), а при оказване на такива се акцентира върху поощряване на собствените съждения и намиране на най-близкия до тях вариант. Наличието на обективни

дефицити и затруднения в попълването при някои юноши, напр. тези със Специфични обучителни трудности, Синдром на Аспергер и други, наложи разясняване. Въпреки това, стана ясно че познаването на себе си, както и разбирането на отношенията с околните при някои юноши не е достатъчно добро (напр. с Генерализирани разстройства на развитието) и отговорите им представят тяхната позиция, а не действителни обстоятелства, посочени от останалите източници.

- **Контролна група или нормативна извадка**

Изследването е проведено в периода 2012- 2016г. с разрешение на Регионален инспекторат по образованието- София град и подкрепа на ръководството на включените училища. За да се обхванат по- голям брой юноши е използвана групова форма на изследване, при която подбраните инструменти се попълват от онези ученици от класа, за които е налице информирано съгласие, в присъствието на изследващия (Светла Стайкова) и класния ръководител, обикновено в час на класния ръководител.

Формите за попълване от страна на родителите, са представени на същите по време на родителска среща, когато е декларирано и съгласието.

Учителите попълват съответните протоколи индивидуално и с цел получаване на тяхното сътрудничество, намаляване на риска от отказ или формализиране на отговорите, и най- вече поради възможността за тенденциозен избор, те са ангажирани да подадат информация единствено за първите 10 деца от класа- често прилаган модел.

Изследването не е анонимно- наличието на няколко информанта изисква групиране и сравнение на отговорите. Събраната информация е използвана единствено за целите на проучването и резултати от нея не са предоставени на представителите на образователната система, родителите и самите ученици.

- **Клинична извадка**

След планиране на проучването и изготвяне на протоколите, същите се предлагат на деца между 11 и 14г., които са изследвани в клиниката и чиито родители, са дали съгласие. При отказ от сътрудничество, същият е уважен. Не са включени юноши, при които са налице тежки когнитивни или други дефицити, или усложняващи обстоятелства, непозволяващи достигането до самостоятелен отговор, напр. умерена степен на умствено изоставане, психоза и др..

Формата на попълване е индивидуална, а попълването става в началото на диагностичния процес, преди да бъдат обсъдени вече установените затруднения.

Родителите и децата попълват протоколите независимо едни от други. Протоколът се попълва от родителя, който води детето. В хода на проучването започна събиране на данни и от двамата родители, но те не са обект на анализ към момента.

Достъпът до оценката на учителите е осигурен през семействата, което обуславя и наличието на известни особености и затруднения, които следва да бъдат взети под внимание при интерпретация на получените резултати.

Нагласи на информантите:

Условията на попълване и причините за това, влияят пряко върху желанието за сътрудничество и са от съществено значение за формираната или формиращата се нагласа на детето, родителя или учителя, към самото изследване и съответно избора на отговори. Постигането на готовност за съдействие изисква определени усилия от страна на изследващия, изразяващи се както в разясняване на ценността на търсената информация (за него самия, за неговото дете/ученик, за връстниците и т.н.), така и в гарантирането на поверителност на данните. Важен момент са причините за търсене на помощ. При насочване към психиатрична консултация/ оценка от страна на училищната система, наличието на конфликти там и дори заплахата за самото дете, са често срещани, а към специалистите и търсената от тях информация се подхожда с предубеденост и в двете посоки- преекспониране на проблем или negliжирането му. Когато заявката за консултация е свързана с наличие на определени неблагоприятия в училищен план, нерядко семействата са насочени с ултимативно искане за документ.

Външната мотивация за търсене на помощ, т.е. когато не идва от родителите и/или детето, предопределя затруднена колаборация със семейството, и често са силно повлияни от желание за позитивно представяне на детето и противопоставяне на твърденията на учителите отговори. В случай, че самите родители имат притеснения за детето, неговото функциониране и развитие, не рядко се заявява желание, търсенето на помощ да не става достояние на други лица, в това число и на представители на училището. Поради това, някои родители отхвърлят осигуряването на информация от учителите.

В рамките на проучването единични са случаите, когато формалното съгласие за съдействие с учителите, доведе до получаване на протоколи, които имат идентично съдържание с родителските такива и съответно за които може да се предположи, че не са представителни за учителската позиция. Тези протоколи бяха изключени и данните от тях не са използвани в настоящата разработка.

Изследвани лица

Контролна група (N1)- деца от общообразователни училища- 5-6 кл. n=330 (161 момчета и 169 момичета).

Клинична група (N2)- пациенти в дневното отделение на КДП „Св.Никола“- n=122 (94 момчета и 28 момичета). Броят на момичета е в съответствие с епидемиологичните характеристики на психичните разстройства.

Психиатрични диагнози- РДВХ, Разстройство в поведението, Разстройство с противопоставяне и предизвикателство (РПП), РАС, СОТ и други.

Табл.3 Разпределение по пол и възраст, липса или наличие на диагноза- контролна и клинична група

| | | N | | Total |
|------|----------|------------|-----------|-------|
| | | N 1 | N 2 | |
| Пол | момчета | 161 | 94 | 255 |
| | момичета | 169 | 28 | 197 |
| Общо | | 330 | 122 | 452 |

Резултатите в контролната група са балансирани по пол, а тези за клиничната съответстват на очакваните с оглед типичното разпределение на психичните разстройства при момчетата и момичетата.

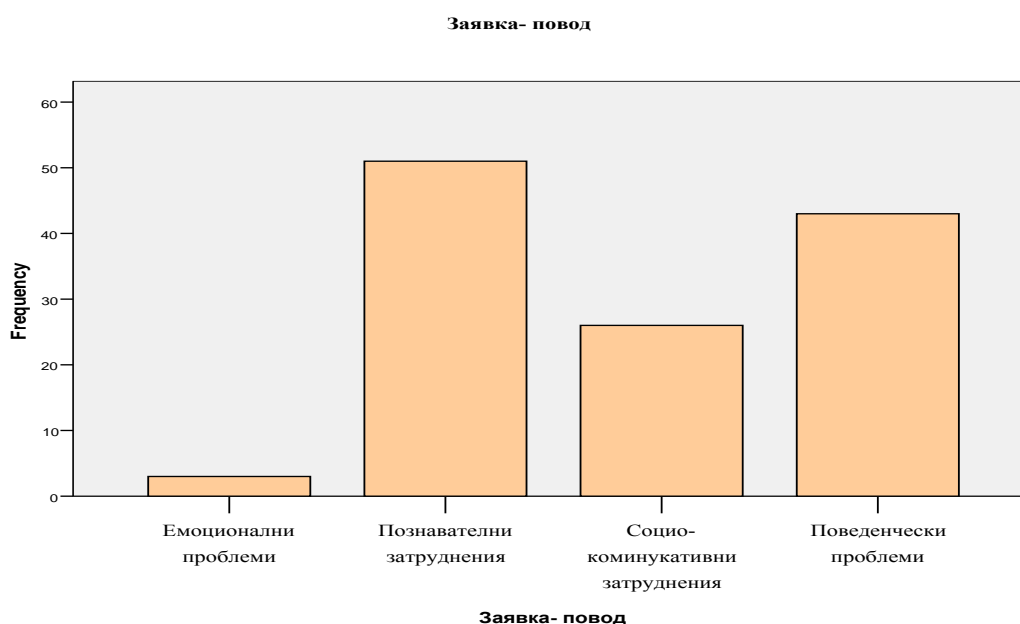
В разпределението по възраст, което е представено в табл.4 се забелязва, че има 2 деца на възраст 14г., които са част от клиничната извадка и отговарят на изискването за 6 кл., но поради по- късна сколаризация са по- големи от останалите. Децата и в двете извадки, които са на възраст 10 години са родени в годината за навършване на 11 години, но в момента на изследване все още не са ги навършили.

Табл.4. Разпределение по възраст на изследваните деца от двете групи

| | | N | | Total |
|---------|-------|------------|-----------|------------|
| | | N 1 | N 2 | |
| Възраст | 10,00 | 5 | 16 | 21 |
| | 11,00 | 119 | 50 | 169 |
| | 12,00 | 164 | 28 | 192 |
| | 13,00 | 42 | 26 | 68 |
| | 14,00 | 0 | 2 | 2 |
| Общо | | 330 | 122 | 452 |

По отношение на клиничната извадка от 122 изследвани деца, 66 са с диагноза от подклас „Поведенчески и емоционални разстройства с начало, типично за детството и юношеството“ и по- конкретно F90-F91. При 10 от тези деца е налице коморбидност с Лека степен на умствено изоставане, при 17 с Разстройство на речта, при 34 със СОР и при 14 с Емоционални разстройства.

При една част от децата в клиничната извадка е налице коморбидност с повече от едно разстройство. За децата от клиничната извадка са налице повече данни, отнасящи се до повода за консултация и оценка, семейната ситуация и т.н., които в случая ще бъдат споменати, но които не са обект на задълбочен анализ и интерпретация- виж фигура 9.



Фиг.9 Разпределение на изследваните лица от клиничната група в зависимост от повода за консултиране в клиниката

Глава 4. Резултати и анализ

Резултатите от изследването са въведени и обработени чрез Statistical Package for Social Science -SPSS for Windows, версия 16.0. Използваните анализи са методи на дескриптивна статистика и методи за проверка на хипотези, описани по- долу.

4.1 Оценката на психометрични характеристики на използваните инструменти

Това е първата стъпка в обработката на събраните данни, като същата е приложена към всеки един от използваните методи. Приложението на широко използвания статистически метод факторен анализ за изследване на събраните резултати, има за цел преобразуване на множеството корелиращи данни в ново множество с некорелиращи изкуствени променливи или фактори, които обясняват възможно по-голяма част от общата вариация на изходните данни. С тази техника се цели редуциране на броя на началните променливи, като се групират тези, които корелират помежду си в общ фактор и се разделят некорелиращите в различни фактори.

В случая за извличане на факторите използваме метода на главните елементи (PCA – Principal Component Analysis). Тъй като някои от включените инструменти вече имат определени психометрични характеристики, но същите са изведени при други проучвания и най- вече в други култури, националности, възрастови групи и т.н., в

случая се налага да се провери дали вече установената структура е адекватна спрямо нашите извадки.

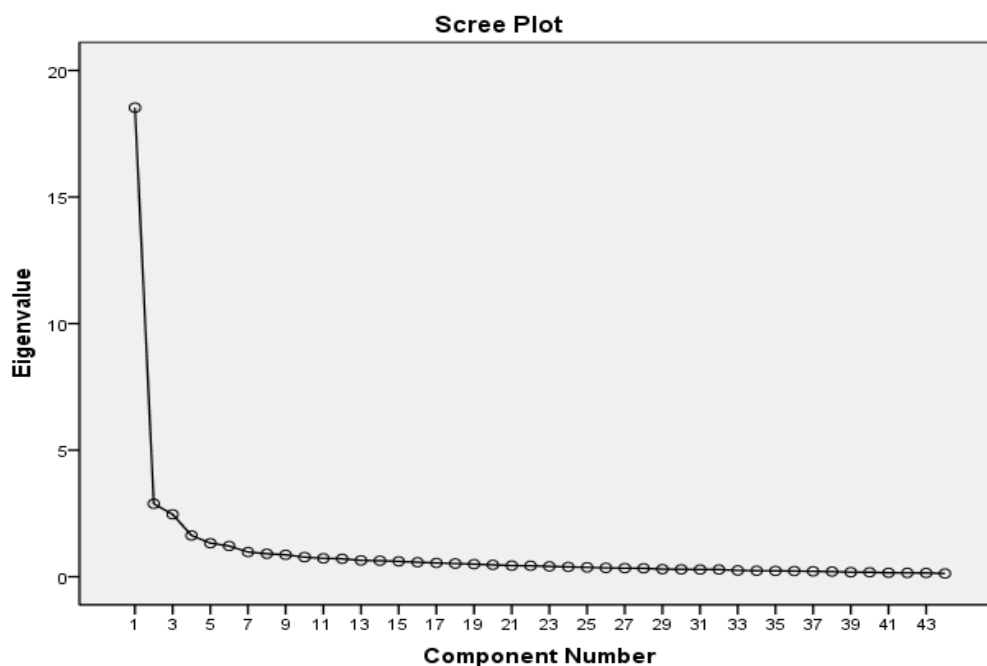
Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- факторен анализ

Разработената скала има **две форми**- форма за родител и форма за учител. Структурата на всяка една от двете скали е оценена последователно върху извадката от всички изследвани лица с валидни протоколи по двете форми или съответно $n=304$ и $n=176$. Данните са анализирани с помощта на експлораторен факторен анализ, който е осъществен по:

(а) метода на главните компоненти на базата на Пиърсъновата корелационна матрица с ротации по Варимакс и Промакс;

(б) база полихорична корелационна матрица и по метода на минималните остатъци (MINimum RESiduals – MINRES) с ротации по Варимакс и Промакс.

Резултатите по MINRES имат предимство, тъй като в строг смисъл използваната 4-степенна Ликертова скала за отговори има рангов характер.



Фигура 10. Scree-test на Кетъл за факторизация на айтемите от Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението, форма за **родител**, ($n=304$)

Факторизацията на 43/44-те айтема и scree-тестът на Кетъл свидетелстват за възможно 4- или 5-факторно решение (съответно 22,65% обяснена дисперсия). Матриците на двата варианта (след Промакс ротация) са представени съответно в таблица 5. и таблица 6. Прави впечатление, че има разместване по отношение на някои айтеми, като №32 „*Не го е грижа за училището.*“, който по презумция е формиран за групата на т.нар. РП, в случая е причислен към РДВХ.

Таблица 5. Факторна матрица на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението-форма **родител**: четирифакторно решение (n= 304)

| № на айтема | РДВХ | РП | ОР | ПсП |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------|
| РДВХ (3) | ,784 | ,147 | ,241 | ,178 |
| РДВХ (15) | ,769 | ,226 | ,060 | ,142 |
| РДВХ (2) | ,765 | ,182 | ,169 | ,133 |
| РДВХ (10) | ,744 | ,246 | ,152 | ,025 |
| РДВХ (4) | ,725 | ,226 | ,253 | ,015 |
| РДВХ (1) | ,722 | ,068 | ,169 | ,195 |
| РДВХ (7) | ,717 | ,189 | ,319 | ,200 |
| РДВХ (5) | ,707 | ,256 | ,172 | ,122 |
| РДВХ (11) | ,701 | ,112 | ,262 | ,277 |
| РДВХ (9) | ,686 | ,255 | ,225 | ,206 |
| РДВХ (8) | ,673 | ,295 | ,319 | ,086 |
| РДВХ (6) | ,646 | ,293 | ,378 | ,004 |
| РДВХ (18) | ,617 | ,520 | ,148 | ,039 |
| РДВХ (16) | ,595 | ,278 | ,239 | ,059 |
| РДВХ (12) | ,547 | ,418 | -,051 | -,126 |
| РДВХ (14) | ,536 | ,385 | ,029 | ,003 |
| РДВХ (13) | ,533 | ,339 | ,186 | ,068 |
| РДВХ (17) | ,527 | ,417 | ,104 | ,100 |
| РП(32) | ,458 | ,223 | ,404 | ,221 |
| ОпР (25) | ,380 | ,686 | ,175 | ,210 |
| ОпР (20) | ,372 | ,669 | ,212 | ,076 |
| ОпР (24) | ,309 | ,661 | ,175 | ,179 |
| ОпР (23) | ,328 | ,623 | ,335 | ,217 |
| ОпР (19) | ,384 | ,621 | ,326 | ,169 |
| ОпР (21) | ,389 | ,617 | ,431 | ,141 |
| ОпР (26) | ,114 | ,578 | ,480 | ,188 |
| РП (36) | ,268 | ,577 | ,308 | -,020 |
| ОпР(22) | ,280 | ,568 | ,453 | ,172 |
| РП (42) | ,258 | ,559 | ,147 | -,037 |
| РП (27) | ,174 | -,022 | ,707 | ,083 |
| РП (37) | ,216 | ,017 | ,690 | ,077 |
| РП (43) | ,144 | ,362 | ,661 | ,146 |
| РП (39) | ,221 | ,451 | ,611 | ,147 |
| РП (30) | ,358 | ,292 | ,597 | ,086 |
| РП (40) | ,159 | ,381 | ,581 | ,192 |
| РП (35) | ,192 | ,488 | ,547 | ,021 |
| РП (29) | ,288 | ,424 | ,525 | ,123 |
| РП (33) | ,340 | ,238 | ,524 | ,109 |
| РП (44) | ,062 | ,178 | ,513 | -,028 |
| ПсП (41) | -,112 | -,013 | -,182 | -,764 |
| ПсП (28) | -,059 | -,042 | -,106 | -,742 |
| ПсП (38) | -,157 | -,057 | -,079 | -,738 |
| ПсП (34) | -,186 | -,060 | -,096 | -,658 |
| ПсП (31) | -,071 | -,306 | ,030 | -,637 |

Ясно се вижда, че айтемите, отнасящи се до т.нар. просоциално поведение се диференцират отчетливо на фона на останалите поведенчески прояви, което означава, че оценяващите децата родители са в състояние да определят позитивните измерения в детското поведение и тази субскала работи.

Прави впечатление, също така, че разграничаването на факторите *Невнимание* и *Хиперактивност-импулсивност*, е по-ниско от очакваното и при това решение те са обединени в общата категория *РДВХ*.

Този резултат би могъл да се обясни с различната перспектива, която имат родителите и учителите спрямо поведението на децата, контекста, в който общуват с тях и възможностите им да диференцират компонента невнимание (който по своята същност е когнитивен и отчитането му най-вероятно предполага познаване на очакваните параметри на развитие на вниманието и/или работа върху образователни задачи с оценяваното дете) от проявите на повишена двигателна активност и импулсивност.

Таблица 6. Факторна матрица на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението-форма **родител**: петфакторно решение (n= 304)

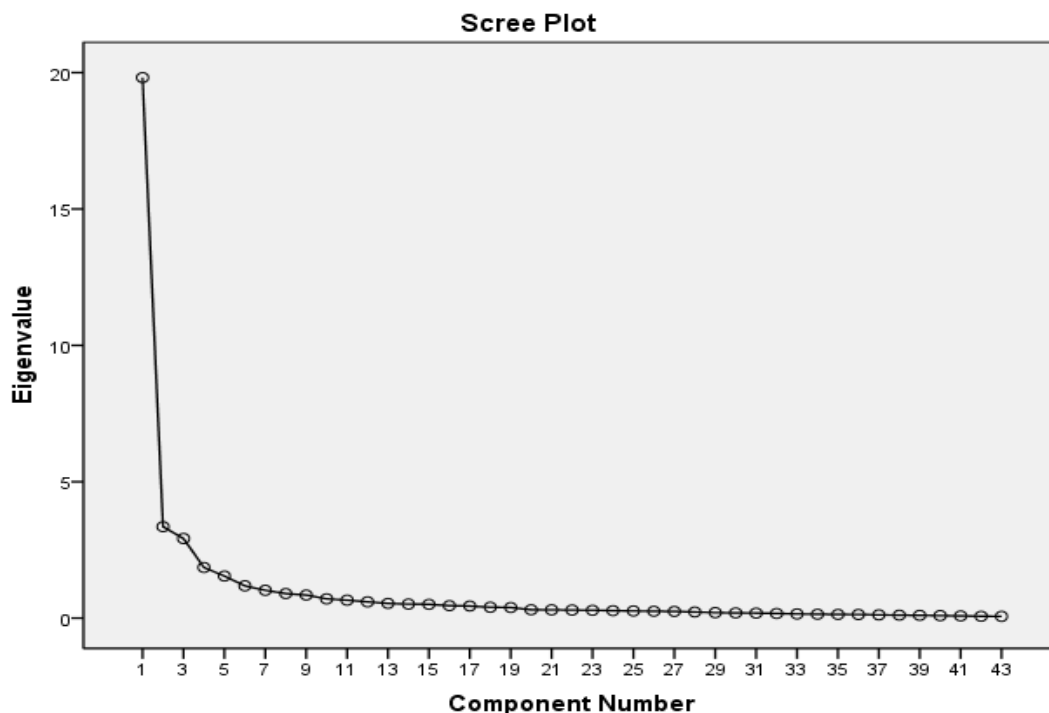
| № на айтема | РДВХ | ОПР | РП | ПсП | друго |
|----------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| РДВХ (10) | 0,78 | 0,19 | 0,19 | 0,06 | -0,139 |
| РДВХ (2) | 0,78 | 0,15 | 0,19 | 0,15 | 0,001 |
| РДВХ (3) | 0,75 | 0,17 | 0,19 | 0,16 | 0,288 |
| РДВХ (15) | 0,75 | 0,22 | 0,02 | 0,13 | 0,202 |
| РДВХ (4) | 0,74 | 0,20 | 0,27 | 0,04 | -0,014 |
| РДВХ (5) | 0,69 | 0,26 | 0,13 | 0,11 | 0,181 |
| РДВХ (8) | 0,69 | 0,28 | 0,32 | 0,10 | -0,008 |
| РДВХ (7) | 0,69 | 0,22 | 0,26 | 0,17 | 0,299 |
| РДВХ (1) | 0,69 | 0,09 | 0,11 | 0,16 | 0,369 |
| РДВХ (11) | 0,66 | 0,15 | 0,20 | 0,25 | 0,336 |
| РДВХ (6) | 0,66 | 0,29 | 0,37 | 0,02 | 0,021 |
| РДВХ (9) | 0,65 | 0,29 | 0,14 | 0,17 | 0,358 |
| РДВХ (18) | 0,65 | 0,49 | 0,13 | 0,05 | -0,054 |
| РДВХ (16) | 0,63 | 0,25 | 0,27 | 0,09 | -0,124 |
| РДВХ (12) | 0,60 | 0,35 | -0,02 | -0,09 | -0,227 |
| РДВХ (14) | 0,59 | 0,32 | 0,06 | 0,04 | -0,231 |
| РДВХ (13) | 0,54 | 0,34 | 0,15 | 0,06 | 0,083 |
| РДВХ (17) | 0,53 | 0,42 | 0,05 | 0,08 | 0,132 |
| РП (32) | 0,41 | 0,29 | 0,32 | 0,17 | 0,379 |
| ОпР (25) | 0,39 | 0,70 | 0,09 | 0,18 | 0,130 |
| ОпР (24) | 0,30 | 0,70 | 0,07 | 0,13 | 0,212 |
| ОпР (20) | 0,40 | 0,66 | 0,17 | 0,070 | -0,028 |
| ОпР (23) | 0,33 | 0,66 | 0,25 | 0,186 | 0,157 |
| ОпР (21) | 0,40 | 0,64 | 0,38 | 0,132 | 0,046 |
| ОпР (26) | 0,12 | 0,63 | 0,40 | 0,161 | 0,117 |
| ОпР (19) | 0,41 | 0,63 | 0,29 | 0,167 | -0,017 |
| ОпР (22) | 0,27 | 0,62 | 0,37 | 0,139 | 0,188 |
| РП (36) | 0,30 | 0,58 | 0,27 | -0,019 | -0,061 |
| РП (35) | 0,20 | 0,53 | 0,50 | 0,009 | 0,063 |
| РП (42) | 0,32 | 0,51 | 0,17 | -0,002 | -0,288 |
| РП (29) | 0,26 | 0,50 | 0,43 | 0,080 | 0,292 |
| РП (27) | 0,16 | 0,03 | 0,72 | 0,098 | 0,047 |
| РП (37) | 0,21 | 0,06 | 0,70 | 0,092 | 0,041 |
| РП (43) | 0,14 | 0,42 | 0,63 | 0,140 | 0,074 |
| РП (40) | 0,18 | 0,41 | 0,58 | 0,207 | -0,065 |
| РП (30) | 0,36 | 0,33 | 0,57 | 0,085 | 0,090 |
| РП (39) | 0,21 | 0,52 | 0,54 | 0,119 | 0,192 |
| РП (44) | 0,07 | 0,21 | 0,50 | -0,024 | 0,008 |
| ПсП (41) | -0,12 | -0,02 | -0,22 | -0,796 | 0,105 |
| ПсП (28) | -0,09 | -0,02 | -0,17 | -0,789 | 0,226 |
| ПсП (38) | -0,13 | -0,09 | -0,05 | -0,727 | -0,147 |
| ПсП (34) | -0,15 | -0,11 | -0,05 | -0,630 | -0,252 |
| ПсП (31) | -0,06 | -0,33 | 0,08 | -0,616 | -0,109 |
| РП (33) | 0,28 | 0,34 | 0,40 | 0,038 | 0,515 |

Някои айтеми се разпределят към други групи (фактор), но твърденията включени във фактор *Просоциално поведение* са константни. Айтем №32 отново е разпределен към *РДВХ*. Възможно обяснение - незаинтересоваността към учебните активности, често от родителите е асоциирана с невнимание от страна на децата, или както казва майката на едно от ИЛ от клиничната група „Той не внимава в училище, защото го е грижа единствено за неговите игри.“

За разлика от предишното решение, тук към фактор *Опозиционно р-во* са разпределени още от твърденията, разписани първоначално към фактор *Р-во на поведението- №35 „Пръв започва караници и разправи“*, №36 *„Оплаква се от правилата на поведение“*, №42 *„Опитва се да командва, да накара другите да направят това, което иска.“* и №29 *„Опитва се да мами, за да получи това, което иска.“*

Петфакторната структура не води до подобрение в теста и съответно изборът ни се спира върху първата.

Същата процедура е приложена и спрямо втората форма на скалата, отнасяща се до оценката на **учителите**.



Фигура 10. Scree-test на Кетъл за факторизация на айтемите от Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението, форма за **учител**, (n=176)

Данните от scree теста на Кетъл и при тази форма на скалата свидетелстват (фигура 10) в полза на четири и пет фактора (19,71% обяснена дисперсия). Резултатите от експлораторния факторен анализ са представени в таблици, както следва за първото таблица 7, а за второто таблица 8. И при двете решения факторите *Хиперактивност-Импулсивност* и *Невнимание* са ясно диференциращи се, което позволява да се очертае тенденция за разпознаване на характеристиките на тези два конструкта сред групата на учителите. Този резултат е много различен от резултатите от родителските въпросници. От една страна професионалната подготовка на учителите предполага познаване на когнитивното развитие и функциониране на децата (те разграничват вниманието като когнитивен процес и импулсивността като относима към възможностите за регулация, които имат биологична основа), от друга особеностите на контекста на работа, а именно това, че те имат значително по- богата база за сравнение с връстници и други ученици и същевременно, по- активен опит в структурирани занимания с тях.

Всички тези специфики предпоставят различията в оценките на учителите и родителите като информанти и обуславят по- добрите възможности на първите в отграничаването на импулсивните прояви от проблемите с вниманието.

Таблица 7. Факторна матрица на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението-форма **учител** – четири фактора (Промакс ро-тация, MINRES метод, полихорична корелация, , n= 176)

| № на айтема | Поведенчески разстройства | Хиперактивност-Импулсивност | Невнимание | Просоциално поведение |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|
| ОпР (26) | ,779 | ,178 | ,185 | ,221 |
| РП (35) | ,705 | ,468 | ,156 | ,049 |
| РП (39) | ,690 | ,216 | ,100 | ,181 |
| ОпР (23) | ,664 | ,395 | ,285 | ,184 |
| ОпР (22) | ,655 | ,491 | ,249 | ,122 |
| РП (33) | ,653 | ,190 | ,318 | ,145 |
| ОпР (19) | ,619 | ,505 | ,174 | ,109 |
| РП (37) | ,610 | ,020 | ,072 | ,112 |
| ОпР (25) | ,598 | ,354 | ,264 | ,198 |
| РП (30) | ,594 | ,305 | ,061 | ,217 |
| ОпР (21) | ,594 | ,579 | ,248 | ,040 |
| ОпР (24) | ,580 | ,335 | ,258 | ,176 |
| РП (43) | ,577 | ,273 | ,110 | ,166 |
| РП (36) | ,576 | ,351 | ,267 | ,054 |
| РП (27) | ,556 | ,024 | ,292 | -,065 |
| РП (29) | ,547 | ,072 | ,284 | ,078 |
| Х-И (10) | ,154 | ,788 | ,408 | ,091 |
| Х-И (12) | ,223 | ,777 | ,286 | ,067 |
| Х-И (14) | ,189 | ,772 | ,181 | ,066 |
| Х-И (8) | ,155 | ,740 | ,368 | ,132 |
| Х-И (16) | ,317 | ,702 | ,338 | ,082 |
| Х-И (18) | ,350 | ,701 | ,336 | ,068 |
| Х-И (4) | ,224 | ,674 | ,458 | ,060 |
| Х-И (2) | ,175 | ,672 | ,475 | ,248 |
| ОпР (20) | ,518 | ,671 | ,177 | -,030 |
| Х-И (6) | ,332 | ,622 | ,434 | ,004 |
| РП (42) | ,480 | ,530 | ,025 | -,098 |
| РП (40) | ,359 | ,484 | -,088 | ,166 |
| НВ (9) | ,242 | ,262 | ,819 | ,186 |
| НВ (7) | ,201 | ,225 | ,814 | ,147 |
| НВ (11) | ,275 | ,149 | ,805 | ,111 |
| НВ (17) | ,174 | ,182 | ,779 | ,146 |
| НВ (1) | ,139 | ,247 | ,771 | ,210 |
| НВ (3) | ,223 | ,342 | ,763 | ,174 |
| НВ (15) | ,189 | ,389 | ,755 | ,151 |
| НВ (5) | ,350 | ,351 | ,698 | ,145 |
| РП (32) | ,539 | ,107 | ,586 | ,140 |
| НВ (13) | ,160 | ,410 | ,544 | ,116 |
| ПсП (38) | -,128 | -,052 | -,210 | -,789 |
| ПсП (34) | -,075 | -,042 | -,262 | -,789 |
| ПсП (28) | -,166 | ,011 | -,044 | -,788 |
| ПсП (41) | -,204 | -,118 | -,213 | -,777 |
| ПсП (31) | -,154 | -,134 | -,093 | -,596 |

От друга страна, при четирифакторно решение на тази форма на скалата, *Опозиционното разстройство* и *Разстройството на поведението* се обединяват по емпиричен път, като обяснението отново би могло да се доближи до изказаното по-горе. Подобни данни могат да бъдат открити и при разработването на други инструменти с подобно съдържание, както и при сравняване на въпросници попълнени от родители и учители (Pappas, D., 2006; Boden JM1, Fergusson DM, Horwood LJ.p 2010, Connor DF1 , Steeber J, McBurnett K., 2010), които показват трудности в диференцирането на проявите на противопоставящо се поведение от значително по-тежките изяви на вече формиращото се или формираното се поведенческо разстройство. При разпределението на айтемите към пет отделни фактора, този проблем намира частично решение, но все още в двете групи има смесване.

Първият извлечен фактор при петфакторното решение еднозначно се разпознава като Хиперактивност-Импулсивност, вторият – като Невнимание, третият е т.нар. Разстройство на поведението, а четвъртият Опозиционно разстройство или разстройство с противопоставящо се поведение и това възпроизвежда съответната дименсия от оригиналното изследване на скалата на DuPaul.

Според информацията, отнасяща се до факторната структура на ADHD RS-IV, по модел на която е направена и нашата скала, приложените там анализи дават основания да се приеме съответно двуфакторното решение и за двете форми- родител и учител- Фактор 1 (Хиперактивност-Импулсивност) и Фактор 2 (Невнимание) (Du Paul, 1998). Du Paul и колегите му установяват, че еднофакторното решение не приляга така добре на зададения модел докато при разиграване на двуфакторния модел е налице значително подобряване на резултатите ($\chi^2 = 178$; $df = 1$; $p < .01$ - версия родители и $\chi^2 = 191$; $df = 1$; $p < .01$ - версия учители). В нашите данни и в двете използвани версии не се установяват айтеми с екстремно високо тегло, както в ADHD RS-IV се открояват айтеми № 7, 9, 14, 18 и 16.

Заедно с това, налице са и размествания при някои от айтемите. Два от много типичните за противопоставящо се поведение айтеми, са разпределени към фактор Хиперактивност-Импулсивност- №20 *„Спори и се разправя с връстници“* и №21 *„Държи се предизвикателно, открито отказва да се съобразява с изискванията на възрастните и с правилата за поведение.“* Тяхното съдържание, много често се асоциира с проявите на импулсивност и с тривиално използваното описание от родители и учителя за деца с РДВХ *„Говори и действа преди да мисли, въпреки че знае че ядосва всички ни.“* (по думи на родители на дете от клиничната извадка). Резултатите от експлораторния факторен анализ са представени в таблица 8. Тъй като с най-ниско тегло са айтемите, отнасящи се до просоциалното поведение, същите са отстранени в последващата обработка на данните, когато сме се фокусирали до негативните или абнормните резултати.

Таблица 8. Факторна матрица на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението-форма учител – пет фактора (Промакс ротация, MINRES метод, полихорична корелация, , n= 176)

| № на айтeма | Хиперактивност-Импулсивност | Невнимание | Р-во на поведението | Опозиционно р-во | Просоциално поведение |
|-----------------|-----------------------------|------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| Х-И (14) | ,786 | ,163 | ,138 | ,110 | ,081 |
| Х-И (10) | ,781 | ,414 | ,168 | ,037 | ,086 |
| Х-И (12) | ,780 | ,281 | ,198 | ,102 | ,070 |
| Х-И (8) | ,738 | ,369 | ,154 | ,054 | ,132 |
| Х-И (18) | ,723 | ,309 | ,228 | ,257 | ,085 |
| Х-И (16) | ,715 | ,321 | ,231 | ,206 | ,092 |
| ОпР (20) | ,698 | ,144 | ,352 | ,365 | -,011 |
| Х-И (4) | ,685 | ,445 | ,156 | ,158 | ,068 |
| Х-И (2) | ,661 | ,485 | ,195 | ,048 | ,239 |
| Х-И (6) | ,628 | ,426 | ,258 | ,209 | ,005 |
| ОпР (21) | ,600 | ,222 | ,425 | ,405 | ,051 |
| РП (42) | ,576 | -,029 | ,256 | ,408 | -,062 |
| РП (40) | ,455 | -,058 | ,419 | ,062 | ,141 |
| НВ (7) | ,212 | ,829 | ,180 | ,130 | ,127 |
| НВ (9) | ,257 | ,825 | ,189 | ,179 | ,173 |
| НВ (11) | ,144 | ,810 | ,206 | ,213 | ,096 |
| НВ (1) | ,224 | ,797 | ,168 | ,051 | ,183 |
| НВ (3) | ,320 | ,788 | ,238 | ,097 | ,147 |
| НВ (15) | ,368 | ,779 | ,208 | ,076 | ,126 |
| НВ (17) | ,221 | ,735 | -,018 | ,296 | ,173 |
| НВ (5) | ,364 | ,683 | ,225 | ,288 | ,148 |
| НВ (13) | ,448 | ,501 | -,001 | ,240 | ,146 |
| РП (39) | ,138 | ,184 | ,827 | ,135 | ,102 |
| РП (30) | ,228 | ,146 | ,756 | ,065 | ,142 |
| РП (43) | ,194 | ,197 | ,743 | ,058 | ,088 |
| ОпР (26) | ,163 | ,199 | ,684 | ,414 | ,195 |
| РП (Т35) | ,450 | ,173 | ,642 | ,341 | ,025 |
| ОпР (22) | ,484 | ,254 | ,565 | ,350 | ,107 |
| ОпР (19) | ,497 | ,180 | ,545 | ,317 | ,095 |
| ОпР (24) | ,324 | ,268 | ,512 | ,303 | ,158 |
| ОпР (23) | ,409 | ,266 | ,498 | ,438 | ,187 |
| ОпР (25) | ,360 | ,254 | ,471 | ,371 | ,195 |
| РП (Т27) | ,132 | ,168 | ,065 | ,742 | ,020 |
| РП (Т29) | ,155 | ,188 | ,149 | ,640 | ,141 |
| РП (Т32) | ,174 | ,507 | ,183 | ,606 | ,187 |
| РП (Т36) | ,427 | ,179 | ,214 | ,604 | ,113 |
| РП (Т33) | ,243 | ,254 | ,340 | ,593 | ,182 |
| РП (Т37) | ,055 | ,031 | ,373 | ,492 | ,133 |
| ПсП (28) | -,014 | -,014 | -,068 | -,166 | -,813 |
| ПсП (34) | -,042 | -,262 | -,072 | -,040 | -,792 |
| ПсП (41) | -,126 | -,202 | -,153 | -,136 | -,786 |
| ПсП (38) | -,031 | -,233 | -,188 | ,007 | -,773 |
| ПсП (31) | -,148 | -,075 | -,092 | -,122 | -,612 |

В заключение може да се обобщи, че факторният анализ на новоконструираната Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението и в двете развити форми (за учители и за родители), потвърждава структурата на самия въпросник.

Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- надеждност

Стойностите на консистентна надеждност (α на Кронбах) и средното равнище на интеркорелации на айтемите, са представени в последващите редове, включително в табличен вид. Стойностите на α са функция на два базисни фактора- средно равнище на интеркорелации и брой айтеми. Първият от тях е свързан с идеята за надеждността като вътрешна съгласуваност на емпиричните индикатори, оценяващи определен конструкт, а вторият в действителност е нерелевантен. В настоящото изследване оценката на надеждността е направена върху цялата извадка или всички изследвани лица, данните за които могат да бъдат видени в таблица 9.

Таблица 9. Вътрешна съгласуваност и средно равнище на интеркорелации (MIS) Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- дескриптивни характеристики

| Субскали | n | Брой айтеми | α | MIS |
|---|-----|-------------|----------|-------|
| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- родител | | | | |
| РДВХ родител | 320 | 18 | 0,955 | 0,543 |
| Невнимание - родител | 323 | 9 | 0,926 | 0,581 |
| Хиперактивност - родител | 326 | 9 | 0,918 | 0,560 |
| ОпР родител | 324 | 8 | 0,923 | 0,604 |
| РП родител | 320 | 14 | 0,891 | 0,390 |
| РП родител без 27/45 | 320 | 12 | 0,889 | 0,417 |
| ПсП - родител | 321 | 5 | 0,793 | 0,436 |
| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- учител | | | | |
| РДВХ учител | 184 | 18 | 0,964 | 0,602 |
| Невнимание - учител | 187 | 9 | 0,953 | 0,690 |
| Хиперактивност - учител | 187 | 9 | 0,952 | 0,688 |
| ОпР учител | 189 | 8 | 0,939 | 0,655 |
| РП учител | 183 | 12 | 0,893 | 0,410 |
| ПсП - учител | 188 | 5 | 0,846 | 0,524 |

Приема се, че средното равнище на интеркорелации е по- полезен индекс за вътрешна съгласуваност в сравнение с α и препоръката, която обикновено се отправя към изследователите е при разработване на инструменти (въпросници, скали и др.) е да се стремят към постигане на по- силни интеркорелации, а не просто към увеличаване на броя на твърденията. От друга страна, това средно ниво на интеркорелации, зависи от характера на конструкта (едномерен/многомерен), от типа на скалата за отговори, от това доколко извадката е хетерогенна, и др., поради което се приема за некоректно определянето на универсално приемливи стойности на коефициента на вътрешна съгласуваност (Калчев, П. 2017). Резултатите в нашия случай свидетелстват за задоволително равнище на надеждност на компонентите на скалата с оглед на броя на включените в тях айтеми, като стойностите на MIS показват хомогенност на скалата.

По- долу последователно са представени корелациите (r на Пирсън) за двете форми на скалата- родител и учител.

Таблица 10. Корелации между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- форма за **родители** (r на Пирсън), (n=303)

| | Не-внимание | Хипер-активност - Импулсивност | Опозиционно разстройство | Р-во на поведението | Про-социално поведение |
|------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|
| Невнимание | | ,832** | ,706** | ,671** | -,380** |
| Хиперактивност -Импулсивност | ,832** | | ,720** | ,683** | -,288** |
| Опозиционно разстройство | ,706** | ,720** | | ,827** | -,387** |
| Разстройство на поведението | ,671** | ,683** | ,827** | | -,344** |
| Просоциално поведение | -,380** | -,288** | -,387** | -,344** | |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a Listwise N=303

Резултатите показват, че съвсем в реда на очакваното, най- висока корелация се установява между *Невнимание* и *Хиперактивност-Импулсивност* ($r = ,832$)- висока положителна корелация. Основният за това могат да се намерят както в други психологични изследвания, представящи оценката на тези конструкти чрез рейтингскали или въпросници, така и в по- биологично насочени, каквото е това на Sokolova и съавтори. Както отбелязват те в изключително популярната статия „Statistical Evidence Suggests that Inattention Drives Hyperactivity/Impulsivity in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder“, резултатите от многобройни проучвания поддържат тезата за ясното разграничаване на двете основни области на симптомите на РДВХ, а именно *Невнимание* и *Хиперактивност-Импулсивност*, между които се установява висока вътрешна консистентност и умерени до силни корелации (Sokolova et al, 2016). В същото време липсата на яснота относно това какво стимулира тази силна корелация е повод за обединяване на усилията на специалисти от близки/гранични области и разширяване на подхода към откриването на обяснителен модел. В проучването на този изследователски екип, са включени както различни въпросници и скали, така и образни изследвания, и статистическите данни от всички приложени методи за оценка потвърждават повторението на един и същи модел: сигурната зависимост между нивото на изява на симптоми на хиперактивност-импулсивност и утвърденият генетичен фактор (пол или хаплотип) се повлияват от степента, в която се проявяват симптомите на невниманието, или „фенотипите не причиняват генотипи“. Съответно в заключението на проучването на Sokolova и съавтори, е вписано установяването на каузален модел, представящ причинно- следствената връзка между (от) *невнимание* и (към) *хиперактивност-импулсивност* (Sokolova et al, 2016).

Друга висока корелация в оценката на родителите е тази между конструктите *Разстройство на поведението* и *Опозиционно разстройство* ($r = ,827$). Ако се

обърнем към резултатите, от други проучвания, отнасящи се както до развитието на инструменти за оценка на тези прояви в поведението, така и към тяхното епидемиологично проследяване, ще видим, че връзката им е много тясна и че в хода на развитието проявите им се припокриват (Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A., 2002; Rowe, R., Costello, E., Angold, A., Copeland, W., Maughan, B., 2010). Това намира отражение в медицинските класификации, а и нашият клиничен опит го потвърждава. В разговорите с родителите, много често в историята на развитието на юношата с трудно поведение, те съобщават за прояви на противопоставящо се и опозиционно поведение в по-малка възраст, като диференцирането на едните от другите по-скоро ги затруднява. Търси се връзката между опозиционното разстройство и разстройството на поведението в общностна извадка. Особено внимание се обръща на общата приложимост на резултатите въз основа на клинично обосновани данни при момчета. В проучванията на екипа, на който се позовават по-горните заключения, реализирани в контекста на т.нар. Great Smoky Mountains Study, са обхванати деца и юноши между 9 и 16 години от съответния регион, като е използван Child and Adolescent Psychiatric Assessment. Авторите проучват модела на отношенията или връзките между Опозиционното разстройство и Разстройство на поведението и достигат до извода, че до голяма степен те споделят подобни корелати, като моделът е почти идентичен за момчетата и момичетата (Rowe, R. et al., 2002). Дългосрочните анализи потвърждават, че Опозиционното разстройство е много по-силен рисков фактор за Разстройство на поведението при момчетата, отколкото за други често срещани разстройства, докато при момичетата ОНР по-скоро се асоциира с повишен риск от протрахиране на същото разстройство, депресия и тревожност (Burke JD, Loeber R, Lahey BB, Rathouz PJ., 2005).

Това е отразено и в резултатите от проверката на корелациите при формата за учители, представени в табл. 11.

Таблица 11 Корелации между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението-форма за учители (r на Пийърсън), (n=176)

| | Не-внимание | Хипер-активност - Импулсивност | Опозиционно разстройство | Р-во на поведението | Про-социално поведение |
|------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|
| Невнимание | | ,728** | ,631** | ,606** | -,418** |
| Хиперактивност -Импулсивност | ,728** | | ,762** | ,693** | -,316** |
| Опозиционно разстройство | ,631** | ,762** | | ,853** | -,369** |
| Разстройство на поведението | ,606** | ,693** | ,853** | | -,378** |
| Просоциално поведение | -,418** | -,316** | -,369** | -,378** | |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a Listwise N=176

Връзката между *Невнимание* и *Хиперактивност-Импулсивност* при формата за учители е по- слаба и това отново може да се обясни с особената позиция и характеристики на двете групи информанти. В същото време, резултатите и от двете форми на новоконструираната скала показват, че не се установява силна корелация между фактора *Просоциално поведение* и *Хиперактивност-Импулсивност*, но в същото време стойностите са в приемливите граници и отговарят на очакваното.

Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- сравнение на данните от двете групи информанти (учители и родители)

При използване на оценъчните скали в психологичните изследвания се разчита на субективната преценка на оценяващия, поради което, този метод в същността си е индиректен. Следващата стъпка в нашето проучване е свързана именно с анализ на резултати от приложената скала, според оценките от учителите и родителите, като същите са представени в табличен вид по- долу.

Таблица 12. Характеристики на сравняваните оценки по Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- **родител- учител**

| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. 2-tailed |
|---|---------------------------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|---------|-------|-----|---------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| 1 | РДВХ - родител | 2,02273 | 12,01238 | 1,04554 | -,04561 | 4,09106 | 1,935 | 131 | ,055 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 2 | Невнимание - родител | ,65672 | 6,61180 | ,57117 | -, 47304 | 1,78647 | 1,150 | 133 | ,252 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 3 | Хиперактивност-Импулсивност - родител | 1,47445 | 6,63888 | ,56720 | ,35278 | 2,59612 | 2,600 | 136 | ,010 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 4 | Опозиционно разстройство - родител | 1,70370 | 6,60063 | ,56809 | ,58012 | 2,82729 | 2,999 | 134 | ,003 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 5 | Разстройство на поведението - родител | 1,70769 | 6,90517 | ,60562 | ,50945 | 2,90593 | 2,820 | 129 | ,006 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 6 | Просоциално поведение - родител | 1,19853 | 4,21078 | ,36107 | ,48444 | 1,91262 | 3,319 | 135 | ,001 |
| | - учител | | | | | | | | |

Средните стойности (Mean) на сравнените двойки в табл. 12 показват известна тенденция някои от информантите да оценяват поведението на децата като по-проблемно, но като цяло не се установяват значими разлики при двете групи информанти.

Независимо от несъответствията в констатациите на информантите, които са нещо обикновено и очаквано, сред професионалистите има консенсус относно това, че многото респонденти подобряват качеството на събраните данни (Schniering CA, 2000). Achenbach et al. провеждат едно от първите проучвания, прилагашо подхода на мултиинформативната оценка при изследване на поведението на деца и юноши, и те съобщават за установяването на слаби корелации ($r = 0.20$ до 0.27) между докладите от родителите, учителите и на самите деца (Achenbach et al.). Според Achenbach и неговия екип липсата на консенсус между оценяващите отразява тяхната индивидуалност, различна перспектива и контекст на взаимоотношения с детето/юношата.

Липсата на съгласие между отделните информанти може да се дължи и на пристрастност, но също така да бъде свързана и с погрешна постановка на самото изследване, както и липса на надеждност на използвания инструмент.

В следващата таблица са представени корелациите между оценките на отделните информанти, според оценявания конструкт.

Таблица 13. Корелации между оценките на отделните информанти по Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- **родител-учител**

| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението | n | Correlation | Sig. |
|---|-----|-------------|------|
| Родител - Учител | | | |
| 1 РДВХ - родител - учител | 132 | ,665 | ,000 |
| 2 Невнимание - родител - учител | 134 | ,624 | ,000 |
| 3 Хиперактивност - Импулсивност - родител - учител | 137 | ,658 | ,000 |
| 4 Опозиционно разстройство - родител - учител | 135 | ,446 | ,000 |
| 5 Разстройство на поведението - родител - учител | 130 | ,536 | ,000 |
| 6 Просоциално поведение - родител - учител | 136 | ,292 | ,001 |

Отново се потвърждават данните от предходните интерпретации, а именно, че най- силно корелират общата оценка на *РДВХ* и нейните компоненти, представени като отделни конструктори *Хиперактивност-Импулсивност* и *Невнимание*.

Изискванията за качество на инструмента не предполагат максимални нива на корелационните връзки, като представената съгласуваност в резултатите между отделните информанти, може да бъде определена като добра, още повече, че се касае за тип поведения, а не диагнози.

Резултатите в табл.13 представят много висока вътрешната съгласуваност на отделните субскали, което е в съответствие с данните за ADHD Rating Scale-IV на DuPaul или $\alpha \geq 0.90$ (DuPaul, 2016).

Други изследователски групи, работили върху адаптацията на инструмента посочват сходни резултати- като напр. $\alpha > 0.88-0.97$ (Urzúa A, 2010). Тъй като равнището на интеркорелации при повечето от тях е над средното, следва да се постави въпросът за наличието на прекалено силни връзки, т.е. известно припокриване на съдържанието на използваните емпирични признаци. Възможно обяснение би могло да бъде специфичното съдържание на айтемите във всяка една от субскалите, което има за цел да отрази не просто наличието или отсъствието на един проблем, а и неговото развитие по отношение на честота и контрол.

Тези резултати съответстват на нашите предварителни очаквания, имайки предвид скрининговия характер на инструмента, малкия брой признаци, които се отчитат и същевременно това, че същите са много тясно фокусирани.

Въпросникът Силни Страни и Трудности - ССТ-Бг (Strenghts and Difficulties Questionnaire-SDQ)

Стойностите на α на Кронбах (вътрешна съгласуваност) и средното равнище на интеркорелации на айтемите на инструмента на Гудман, от нашето проучване, са представени в последващите редове, като резултатите са съответни на такива от други изследвания в различни културни извадки. Оценката на надеждността на ССТ-Бг разкрива високи нива на вътрешна съгласуваност, относително близки при родителите и учителите, а при самоописателната форма по- ниски, което по принцип е в рамките на очакваното и съответства на инфомация от други изследвания (Giannakopoulos, G. et al., 2013). При адаптацията на SDQ сред гръцка популация от деца и юноши резултатите за вътрешната консистентност (α Кронбах) за общия бал по скалата, съответно форма за родители е $\alpha = 0.78$, а за самооценъчна форма $\alpha = 0.77$ (Giannakopoulos, G. et al., 2013). Приемайки, че Алфа коефициентът от 0.7 или по- висок е приемлива стойост, то трябва да отбележим, че в гръцката извадка α Кронбах за субскалата Поведенчески проблеми и при двете форми на въпросника (родител- $\alpha = 0.57$ /юноша- $\alpha = 0.56$) е ниска- $\alpha = 0.57$ и $\alpha = 0.56$, докато при нашите извадки стойностите са както следва $\alpha = 0.72$ и $\alpha = 0.61$.

Таблица 14. Вътрешна съгласуваност на компонентите на Въпросникът Силни Страни и Трудности и средно равнище на интеркорелации (MIC)

| | | N | Брой айтеми | α | MIC |
|--------------|------------------------|------------|-------------|--------------|--------------|
| Родител | Емоционални симптоми | 216 | 5 | 0,751 | 0,384 |
| | Поведенчески проблеми | 216 | 5 | 0,722 | 0,353 |
| | Хиперактивност | 214 | 5 | 0,843 | 0,516 |
| | Проблеми с връстниците | 211 | 5 | 0,726 | 0,353 |
| | Просоциално поведение | 215 | 5 | 0,757 | 0,381 |
| | Обща оценка | 210 | 20 | 0,890 | 0,286 |
| Учител | Емоционални симптоми | 102 | 5 | 0,757 | 0,383 |
| | Поведенчески проблеми | 99 | 5 | 0,726 | 0,351 |
| | Хиперактивност | 102 | 5 | 0,876 | 0,586 |
| | Проблеми с връстниците | 102 | 5 | 0,718 | 0,337 |
| | Просоциално поведение | 102 | 5 | 0,822 | 0,482 |
| | Обща оценка | 99 | 20 | 0,886 | 0,274 |
| Деце / юноша | Емоционални симптоми | 297 | 5 | 0,665 | 0,284 |
| | Поведенчески проблеми | 298 | 5 | 0,613 | 0,239 |
| | Хиперактивност | 296 | 5 | 0,742 | 0,363 |
| | Проблеми с връстниците | 295 | 5 | 0,576 | 0,214 |
| | Просоциално поведение | 297 | 5 | 0,715 | 0,335 |
| | Обща оценка | 283 | 20 | 0,835 | 0,198 |

При валидизацията на същия инструмент върху унгарска извадка, с няколко изключения вътрешната съгласуваност на скалите също достига задоволителни резултати ($\alpha = 0.55-0.79$), като родителската версия показва по-голяма надеждност в сравнение с версията за самооценка. При сравнение на данните от клинична и контролна група, се вижда че резултатите от Общата оценка са много позволяват много добро разграничаване. В същото проучване се обобщава, че родителите на децата от клиничната група оценяват поведението и психичните проблеми на децата като по-тежки (Turi et al., 2013).

В наскоро публикувано проучване, върху 422 деца и подрастващи и техните родители в Италия, освен че се потвърждава петфакторната структура на инструмента (самооценъчната версия и тази за родители), резултатите относно психометричните характеристики на въпросника го поставят сред първите предпочитани в областта на

детското здраве (Li JB, Delvecchio E. et al.,2017). Основание за това авторите намират в добрите стойности на т.нар. алфа за всички субскали, вкл. Обща оценка (*Емоционални симптоми*- $\alpha = 0,63$, *Поведенчески проблеми*- $\alpha = 0,52$, *Хиперактивност*- $\alpha = 0,69$, *Проблеми с връстниците*- $\alpha = 0,51$, *Просоциално поведение*- $\alpha = 0,59$ и *Обща оценка*- $\alpha = 0,77$) за родители, като в същото изследване са взети предвид оценките за едно и също дете на майки и бащи, и същите са сравнени (не се отчитат значителни разлики).

Интерес представляват и данните, обобщаващи 26 изследвания със същия инструмент, публикувани от Lisanne L. Stone et al. в текста „Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review“ през 2010г. Според тях *Просоциалното поведение*, *Емоционалните симптоми*, *Поведенческите проблеми* и *Проблеми с връстниците* показват вътрешна консистентност по-ниска от $\alpha = 0,70$ за родители, а за оценките на учителите резултат по-нисък от $\alpha = 0,70$ се регистрира единствено по отношение на субскалата *Проблеми с връстниците* (Stone L. et al., 2010).

Следващата стъпка в нашето проучване е свързана с анализ на резултати от приложената скала на Гудман, според оценките от отделните групи информанти, започвайки с групата на учителите и родителите. Същите са представени в табличен вид по-долу.

Таблица 15. Средните стойности и стандартните отклонение за ССТ-Бг

| SDQ | Родител - Учител | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. 2-tailed |
|-----|------------------------|--------------------|----------------|-----------------|---|---------|-------|-----|---------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| 1 | Емоционални симптоми | | | | | | | | |
| | - родител | ,06338 | 2,78602 | ,23380 | -,39882 | ,52558 | ,271 | 141 | ,787 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 2 | Поведенчески проблеми | | | | | | | | |
| | - родител | ,06475 | 2,02952 | ,17214 | -,27563 | ,40513 | ,376 | 138 | ,707 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 3 | Хиперактивност | | | | | | | | |
| | - родител | ,05000 | 2,45631 | ,20760 | -,36045 | ,46045 | ,241 | 139 | ,810 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 4 | Проблеми с връстниците | | | | | | | | |
| | - родител | -,04348 | 2,41911 | ,20593 | -,45069 | ,36373 | -,211 | 137 | ,833 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 5 | Просоциално поведение | | | | | | | | |
| | - родител | 1,14493 | 2,78565 | ,23713 | ,67602 | 1,61384 | 4,828 | 137 | ,000 |
| | - учител | | | | | | | | |
| 6 | Обща оценка | | | | | | | | |
| | - родител | ,36567 | 6,53911 | ,56489 | -,75167 | 1,48301 | ,647 | 133 | ,519 |
| | - учител | | | | | | | | |

Сравнението на средните стойности от оценките на двете групи респонденти в нашето проучване, показва че корелациите са по-ниски, което дава основание да се мисли, че е налице по –ниска съгласуваност между оценяващите поведението на децата. По отношение на *Хиперактивността* (учител-mean 5,1214/ учител- mean 5,0714), резултатите са по- високи и са съпоставими с тези от новоконструираната скала. Най- съществени са различията по отношение на *Просоциалното поведение*, като се очертава тенденция родителят да оценява детето с по- високи стойности (родител-mean 7,7101/ учител- mean/ 6,5652), подобно на резултатите от Рейтинг скала за оценка н апроблеми на поведението.

Таблица 16. Корелации между оценките на отделните информанти по Въпросник за силни страни и трудности- **родител-учител**

| SDQ | Родител - Учител | n | Correlation | Sig. |
|-----|--|-----|-------------|------|
| 1 | Емоционални симптоми - родител - учител | 142 | ,350 | ,000 |
| 2 | Поведенчески проблеми - родител - учител | 139 | ,591 | ,000 |
| 3 | Хиперактивност - родител - учител | 140 | ,708 | ,000 |
| 4 | Проблеми с връстниците - родител - учител | 138 | ,494 | ,000 |
| 5 | Просоциално поведение - родител - учител | 138 | ,317 | ,000 |
| 6 | Обща оценка - родител -учител | 134 | 673 | ,000 |

В текста на Stone и екип, на който се позоваваме по горе, са анализирани резултати от 8 проучвания, обхващащи почти 15000 оценки на родители и учители за деца от 4 до 12г. и обобщените данни са показателни за това, че средните корелации между оценките на двете групи информанти варират между 0,26 и 0,47, като всички субскали (с изключение на *Просоциално поведение*) имат по- висока средна оценка, в сравнение с мета-аналитичната средна от 0.27(Stone L. et al., 2010).

Направеният литературен обзор позволява да се обобщи, че резултатите от впечатляващ брой проучвания, свързани с този инструмент, показват приемлива вътрешна съгласуваност на *Общата оценка*, извлечена от него, както относно версията за родители, така и спрямо тази за учители. На нивото на отделните субскали се откриват разлики между оценките на родителите и учителите, като с изключение на скалата *Хиперактивност*, която има адекватна вътрешна съгласуваност, субскалите *Просоциално поведение*, *Емоционални симптоми* и *Проблеми връстници*, показват умерена вътрешна съгласуваност в родителските оценки. За версията за учители публикуваната информация позволява да се заключи, че субскалата *Проблеми с връстниците* показва умерена надеждност, докато всички останали са оценени с

адекватна вътрешна съгласуваност. Тези резултати дават основание да се мисли, че има вероятност айтемите включени в субскалата *Проблеми с връстниците* да не отразяват същия конструкт, още повече че нейната вътрешна съгласуваност е по-ниска и при двете приложени версии (Stone L. et al., 2010), както и в нашите данни. Предполага се, че от включените твърдения, единственото, което директно се отнася до *Проблеми с връстниците* и може да се определи, като „измерващо“ го е №19 „Другите деца го закачат и тормозят“, докато останалите изглеждат отразяват преди всичко поведения, отнасящи се до самотност (№ 6 „Склонно е към уединение, предпочита да играе само.“, № 11 „Има поне един добър приятел“ и др.) или общителност (№ 23 „По-добре се разбира с възрастни, отколкото с други деца“ и др.).

Според едно от възможните обяснения за разликата във вътрешната съгласуваност между версиите за родители и учители, айтемите, които съставяват отделните субскали за родителите са по-скоро едномерни или относими до една дименсия, докато за учителите това не е така и при тях се наблюдава влияние на т.нар. ефект на ореола (Abikoff et al., 1993). Ефектът на ореола е тенденция на оценителя да оценява високо даден човек по много черти поради убеждението, че оценяваният има силно развита една черта: оценяваната черта, изглежда разпростира влиянието си върху останалите или една черта за даден човек доминира възприемането на другите, които той има. Има проучвания, които установяват, че този ефект се отразява съществено при оценка на прояви, свързани с РП и ОпР (Abikoff et al., 1993; Jackson and King 2004).

Как стоят нещата по отношение на самооценъчната версия на Въпросника за силни страни и трудности? Въпреки че това е един от най-често използваните диагностични инструменти (въведен е като такъв още през 1997г.) и към момента, проучванията на психометричните характеристики на формата за деца и юноши са малко (Becker, A. et al., 2004). Резултатите от приложените форми за оценка в нашата извадка, са близки до тези в повечето от публикуваните вече данни. Според тях в повечето случаи родителите и юношите избират близки оценки в своите отговори, както при отделните субскали, така и по отношение на общата оценка (Goodman R., 2001; Tehrani-doost M., 2007).

Относно сравнението на оценките от родителите и децата в цитираното по-горе изследване на възможностите на въпросника сред италианската популация, същите автори посочват, че съгласуваността между тези групи информанти варира от ниска до средна, докато между майка-баща са по-големи (Li JB, Delvecchio E. et al., 2017). Тези данни показват, също така, че италианските родители оценяват своите юноши по начин, който ги определя с по-ниски нива на хиперактивност, проблеми с връстниците и общи трудности, и с по-високи нива на пропосоциално поведение, в сравнение с данни от подобно проучване в Китай и Великобритания.

Това отново поставя въпроса за културните особености, които се отразяват върху възприемането на включените в инструментите конструкции и тяхната интерпретация като проблемни или по- скоро типични

Таблица 17. Средните стойности и стандартните отклонение за точките по българския вариант на скалата на Гудман- **родител-юноша**

| SDQ Родител - Юноша | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. 2- tailed |
|------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--|---------|-------|-------|----------------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| 1 | Емоционални симптоми | -,34701 | 2,28390 | ,13951 | -,62170 | -,07233 | - | 2,287 | ,013 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 2 | Поведенчески проблеми | -,44569 | 1,98865 | ,12170 | -,68532 | -,20607 | - | 3,662 | ,000 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 3 | Хиперактивност | ,18702 | 2,43524 | ,15045 | -,10923 | ,48327 | 1,243 | 261 | ,215 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 4 | Проблеми с възрастниците | -,35907 | 1,98990 | ,12365 | -,60256 | -,11559 | - | 2,904 | ,004 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 5 | Просоциално поведение | ,43396 | 2,25722 | ,13866 | ,16094 | ,70698 | 3,130 | 264 | ,002 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 6 | Обща оценка | -1,02811 | 5,89382 | ,37351 | -1,76376 | -,29246 | - | 2,753 | ,006 |
| | - родител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |

. В нашата извадка, оценката на корелациите между родителите като информанти и самите юноши, най- висок резултат, както се очакваше, се установява по субскала *Хиперактивност*, което отново показва, че компонентите на този конструкт са най- ясно разпознаваеми и намират най- лесно отражение в оценките на информантите.

Подобни са резултатите и от проучването на персийската версия на SDQ с информанти родители и деца/юноши, където авторите предоставят изчерпателна информация относно това до каква степен информацията от децата и юношите съответства на решенията на техните родители (Arman, S. et al.,2014). Средният общ резултат, според съдържанието на текста на Arman, S. et al., е бил по-голям при юношите, отколкото при родителите, но разликата не е статистически значима (P = 0.203).

Възможно обяснение за резултатите от персийската адаптация е предположението, до което и ние стигнахме, а именно че юношите най-вероятно могат да бъдат по-чувствителни към някои на пръв поглед дребни смущения и трудности, които да отразят в своята оценка и които могат да са по-малко видими или разпознаваеми от родителите или други информанти.

Именно подобни данни, дават основание да се препоръчва прилагането на мултиинформативния модел на оценка, особено когато става въпрос за периода на юношеството, по време на който едновременно с еманципирането от родителите, момчетата и момичетата стават особено чувствителни към собствените си преживявания- фиически и психически и това как другите ги възприемат.

Таблица 18. Корелации между оценките на отделните информанти по Въпросник за силни страни и трудности- **родител-юноша**

| SDQ Родител - Юноша | | n | Correlation | Sig. |
|---------------------|---|-----|-------------|------|
| 1 | Емоционални симптоми - родител - юноша | 268 | ,521 | ,000 |
| 2 | Поведенчески проблеми - родител - юноша | 267 | ,467 | ,000 |
| 3 | Хиперактивност - родител - юноша | 262 | ,592 | ,000 |
| 4 | Проблеми с връстниците - родител - юноша | 259 | ,579 | ,000 |
| 5 | Просоциално поведение - родител - юноша | 265 | ,296 | ,000 |
| 6 | Обща оценка - родител - юноша | 249 | ,652 | ,000 |

Как тези особености се отразяват върху оценката на учителите и до колко предоставената от тях информация корелира с тази от страна на самите деца/юноши, може да бъде проверено в следващите редове. В тази посока, информацията е още по-оскъдна, тъй като голяма част от текстовете по темата, разглеждат предимно отношенията родител-учител и постановката на нещата през сравнението на информация от информант учител и информант дете/юноша е много малко застъпена. Причината би могла да се търси в трудностите, които съпътстват едно такова проучване и по-точно в една от най-съществените- осигуряване на съгласие за сътрудничество и засичане на двама информанта

Таблица 19. Средните стойности и стандартните отклонение за ССТ-Бг

| SDQ Учител - Юноша | | Paired Differences | | | | | t | df | Sig. 2- tailed |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|--|---------|----|-----|----------------------|
| | | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference | | | | |
| | | | | | Lower | Upper | | | |
| 1 | Емоционални симптоми | -,49630 | 2,65385 | ,22841 | -,94804 | -,04455 | - | 134 | ,032 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 2 | Поведенчески проблеми | -,73684 | 2,57874 | ,22361 | -1,17916 | -,29453 | - | 132 | ,001 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 3 | Хиперактивност | ,23704 | 3,17924 | ,27363 | -,30415 | ,77822 | , | 134 | ,388 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 4 | Проблеми с връстниците | -,16031 | 2,53230 | ,22125 | -,59802 | ,27741 | -, | 130 | ,470 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 5 | Просоциално поведение | -,58647 | 2,71117 | ,23509 | -1,05149 | -,12144 | - | 132 | ,014 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |
| 6 | Обща оценка | -1,16935 | 8,39350 | ,75376 | -2,66137 | ,32266 | - | 123 | ,123 |
| | - учител | | | | | | | | |
| | - юноша | | | | | | | | |

Стойностите на корелация в двойката информанти учител –родител в общата група изследвани деца в нашата извадка, са по- ниски в сравнение с тези на двойката родители- дете, като отново най- високи резултати се отбелязват по отношение на субскалата *Хиперактивност*. Въпреки че оценките на учителите по- слабо корелират с тези на юношите, все пак същите са задоволителни, още повече че те се доближават до тези от финландската версия, които са като следва- *Емоционални симптоми- 0,25, Поведенчески проблеми- 0,30, Хиперактивност- 0,34, Проблеми с връстниците- 0,38, Просоциално поведение- 0,28 и Обща оценка- 0,38* (Koskelainen, M., 2000).

Таблица 20. Корелации между оценките на отделните информанти по Въпросник за силни страни и трудности- учител-юноша

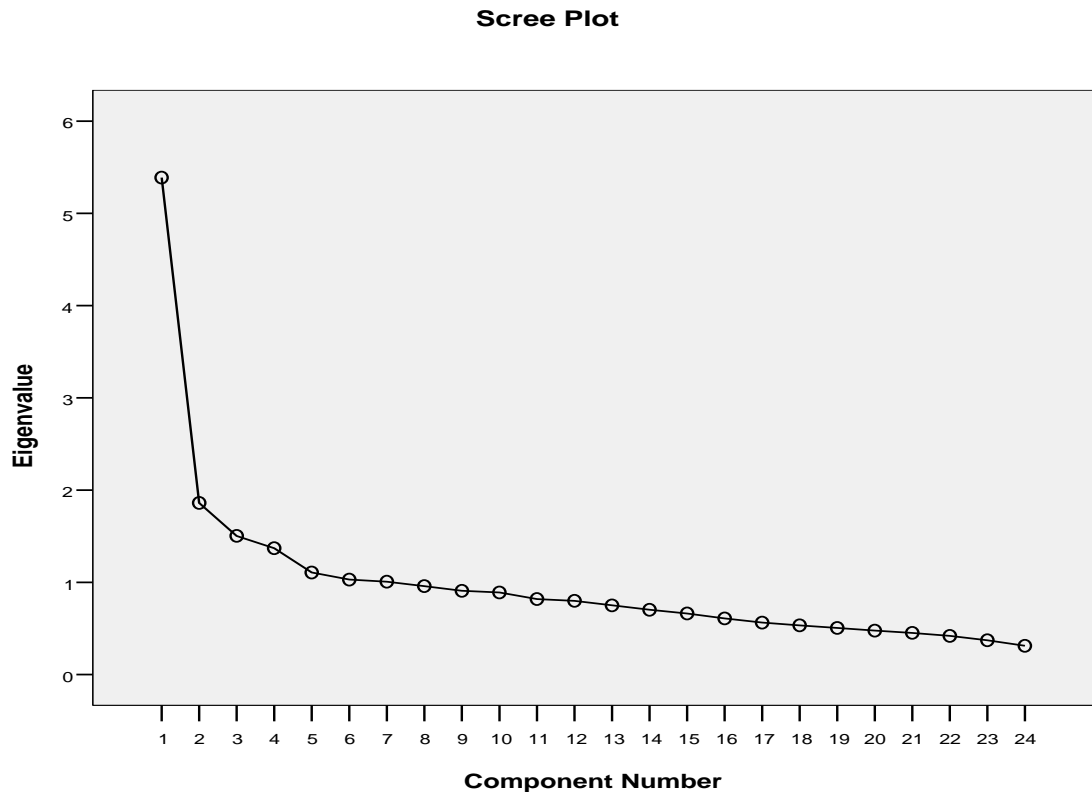
| SDQ Учител - Юноша | | n | Correlation | Sig. |
|--------------------|--|-----|-------------|------|
| 1 | Емоционални симптоми - учител - юноша | 135 | ,317 | ,000 |
| 2 | Поведенчески проблеми - учител - юноша | 133 | ,254 | ,003 |
| 3 | Хиперактивност - учител - юноша | 135 | ,416 | ,000 |
| 4 | Проблеми с връстниците - учител - юноша | 131 | ,379 | ,000 |
| 5 | Просоциално поведение - учител - юноша | 133 | ,326 | ,000 |
| 6 | Обща оценка - учител - юноша | 124 | ,361 | ,000 |

Описаните характеристики на т.нар. Въпросник за силни страни и трудности-българска версия, правят същия приложим, както при оценката на поведението и емоционалното състояние в контекста на общата популация, така и в клиничен сетинг.

Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност (Inventory of Callous-Unemotional Traits - ICU)- факторна структура

Въпросникът за коравосърдечност и неемоционалност е базиран на 6-айтемната субскала от APSD (Antisocial Process Screening Device, APSD, Frick & Hare, 2001), предназначена за оценка на коравосърдечност и неемоционалност, която е с недостатъчно равнище на надеждност (вероятно поради малкия брой емпирични индикатори и използвания 3-степенен формат за отговори). Някои от айтемите в APSD са преформулирани, за да се намали изкривяването на отговорите, а създаването на новия инструмент цели да преодолее посочените недостатъци, като осигури и по-екстензивна оценка (Калчев, 2017). За тази цел са използвани четири от айтемите за оценка на липса на загриженост, коравосърдечност, небрежност (безотговорност) и неемоционалност, разбрана като ограничена емоционална експресия, но и емоционален самоконтрол. За всяка от тези четири области са формулирани по три позитивни и три негативни въпроса и така общият брой признаци на ICU е 24, като съотношението на брой положителни и отрицателни формулировки е балансирано. Съдържанието на айтемите е публикувано и е достъпно в интернет, но въпреки това инструментът е със защитени права, като авторът (Frick, P.) разрешава безвъзмездно използване за изследователски цели (<http://labs.uno.edu/developmental-psychopathology/ICU.html>). Българската адаптация на този инструмент е дело на П..

Калчев и е публикувана през 2017. Представените по- долу данни се отнасят до по-ранен период на приложение на инструмента у нас, когато стартира работата по неговата адаптация и съответно не са идентични с представените в същинската адаптация. Именно поради това, естествена стъпка в нашето поручване, бе оценка и анализ на факторната структура на Въпросника за коравосърдечност и неемоционалност, направена посредством експлораторен факторен анализ.



Фигура 11. Scree-test на Кетъл за факторизация на айтемите от **Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност**, (n=326)

Факторизацията на 24-те айтема и scree-тестът на Кетъл свидетелстват за възможно 2- или 3-факторно решение (съответно 22,083% обяснена дисперсия). Предмет на тестиране са два модела. Матриците на двата варианта (след Промакс ротация) са представени съответно в таблица 21 и таблица 22. Тъй като мнозинството от айтеми за *Коравосърдечност* са с негативни формулировки, а тези на *Липса на загриженост* с позитивни, още при конструирането на инструмента Frick, а по-късно и други автори при адаптация към съответната националност, проверяват като възможност двуфакторния модел, чиито компоненти се формират от 12-те положително и 12-те отрицателно формулирани твърдения, като идеята, върху която стъпват, е че разграничаването на двата фактора е преди всичко изкуствено, породено не от съдържанието, а от формулировката на въпросите. Този модел, според публикуваните данни, обаче е с по ниски индекси за степен на съответствие.

Таблица 21. Факторна матрица на Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност – трифакторно решене (Промакс ро-тация, MINRES метод, полихорична корелация, , n= 326)

Забележки: Фактор 1: Коравосърдечност/липса на загриженост, Фактор 2:

| Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност | Основни компоненти | | |
|---|--------------------|----------|----------|
| | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 3 |
| 16. Извинявам се, ако засегна някого. | ,669 | ,055 | ,100 |
| 11. Не ме е грижа дали правя нещата както трябва. | -,661 | -,066 | ,331 |
| 8. Съобразявам се с чувствата на другите. | ,622 | ,278 | ,035 |
| 24. Правя неща, от които другите да се почувстват добре. | ,619 | ,205 | -,002 |
| 15. Винаги се опитвам да давам най- доброто то себе си. | ,616 | ,145 | -,064 |
| 9.И да съм загазил, не ми пука. | -,578 | ,062 | ,175 |
| 3. За ме е важно да се справям добре в училище. | ,577 | -,102 | -,092 |
| 5. Чувства се зле или виновен, ако направя нещо нередно. | ,574 | -,241 | ,254 |
| 23. С каквото и да се занимавам, работя упорито и с усърдие. | ,574 | ,145 | -,147 |
| 7. Все ми е едно дали закъснявам или не. | -,561 | ,114 | ,395 |
| 17. Опитвам се да не наранявам чувствата на другите. | ,527 | -,071 | ,083 |
| 4. Не ме е грижа кого наранявам, за да получа, това, което искам. | -,506 | -,063 | ,143 |
| 13. Лесно си признавам грешките. | ,473 | ,255 | ,284 |
| 18. Нямам угризения, ако направя нещо нередно. | -,463 | ,176 | ,103 |
| 21. Чувствата на другите не са важни за мен. | -,425 | -,081 | -,127 |
| 20. Не ми харесва да отделям време, за да изпипвам нещата. | -,409 | -,136 | ,240 |
| 1. Открито изразявам чувствата си. | ,098 | ,656 | ,141 |
| 22. Крия чувствата си. | ,000 | -,647 | ,250 |
| 14. На околните им е лесно да разберат, как се чувствам. | ,145 | ,622 | ,274 |
| 6. Не показвам емоциите си пред другите. | ,043 | -,602 | ,137 |
| 10. Не позволявам на чувствата ми да ме контролират. | ,006 | -,150 | -,137 |
| 19. Аз съм много експресивен човек. | ,063 | ,094 | ,584 |
| 2. Това, което смятам за добро и лошо, се различава от представите на другите хора. | -,091 | -,020 | ,523 |
| 12. На хората им изглеждам студен и безчувствен. | -,357 | -,257 | ,465 |

Неемоционалност- ограничена емоционална експресия, Фактор 3:

В сравнение с традиционното трифакторно решение, в нашия случай се наблюдава разместване на айтемите в съответните групи и това поставя въпроса за коректното назоваване на получените компоненти, още повече че това включва и айтемите от фактор *Неемоционалност*, за които по правило се приема, че стабилно се разграничават. Според теоретичната структура на скалата се диференцират 4 конструкта- *Коравосърдечност*, *Липса на загриженост*, *Безотговорност*, *Неемоционалност*, но при нас, това не се постига. Изброените специфики ни карат да се спрем на двуфакторната.

Таблица 22. Факторна матрица на Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност – двуфакторно решене (Промакс ротация, MINRES метод, полихронична корелация, n= 326)

| Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност | Основни компоненти | |
|---|--------------------|----------|
| | Фактор 1 | Фактор 2 |
| 11. Не ме е грижа дали правя нещата както трябва. | -,712 | -,005 |
| 16. Извинявам се, ако засегна някого. | ,641 | ,069 |
| 15. Винаги се опитвам да давам най- доброто то себе си. | ,623 | ,129 |
| 7. Все ми е едно дали закъснявам или не. | -,619 | ,183 |
| 24. Правя неща, от които другите да се почувстват добре. | ,616 | ,199 |
| 8. Съобразявам се с чувствата на другите. | ,615 | ,278 |
| 9.И да съм загазил, не ми пука. | -,598 | ,093 |
| 23. С каквото и да се занимавам, работя упорито и с усърдие. | ,596 | ,115 |
| 3. За ме е важно да се справям добре в училище. | ,580 | -,118 |
| 4. Не ме е грижа кого наранявам, за да получа, това, което искам. | -,525 | -,035 |
| 5. Чувства се зле или виновен, ако направя нещо нередно. | ,510 | -,195 |
| 17. Опитвам се да не наранявам чувствата на другите. | ,500 | -,058 |
| 18. Нямам угризения, ако направя нещо нередно. | -,467 | ,193 |
| 20. Не ми харесва да отделям време, за да изпипвам нещата. | -,451 | -,091 |
| 12. На хората им изглеждам студен и безчувствен. | -,445 | -,171 |
| 13. Лесно си признавам грешките. | ,423 | ,299 |
| 21. Чувствата на другите не са важни за мен. | -,398 | -,100 |
| 2. Това, което смятам за добро и лошо, се различава от представите на другите хора. | -,184 | ,072 |
| 1. Открито изразявам чувствата си. | ,094 | ,670 |
| 14. На околните им е лесно да разберат, как се чувствам | ,115 | ,660 |
| 22. Крия чувствата си. | -,068 | -,593 |
| 6. Не показвам емоциите си пред другите. | -,004 | -,569 |
| 19. Аз съм много експресивен човек. | -,040 | ,194 |

| | | |
|---|------|-------|
| 10. <i>Не позволявам на чувствата ми да ме контролират.</i> | ,025 | -,171 |
|---|------|-------|

Забележки: Фактор 1: Коровосърдечност/липса на загриженост, Фактор 2: Неемоционалност- ограничена емоционална експресия

Според данните от нашата извадка има основания *Коровосърдечност и Липсата на загриженост*, да се обединят в един фактор. По принцип, субскалата *Коровосърдечност/липса на загриженост* съдържа признаци от два типа айтеми, разграничаващи се според активната роля на субекта в причинената вреда или нещастие. Ако разгледаме същността на емпатията, в която е заложена пасивната позиция на наблюдател на чуждо страдание, за което наблюдателят не е отговорен, то тогава това съвсем естествено позволява *Коровосърдечност* да бъде разглеждана като липса на емпатия или отсъствие на емоционален отговор на наблюдаваното страдание (№ 25 „Трудно може някой или нещо да ме разчувства“) (Калчев, П., 2017). От друга страна, чувството за вина предполага персонална отговорност, т.е. предполага и директно участие в причиненото нещастие или др.(№ 18, „Нямам угризения, ако направя нещо нередно.“).

Другият диференциращ се фактор е *Неемоционалност*, която се разглежда не просто като отсъствие на емоционална реакция, а като ограничена емоционална експресия, която би могла да бъде резултат както на бедни и плитки емоции, така и на добър самоконтрол. На практика, ограничената емоционална експресия не означава задължително отсъствие на емоционална реакция, съответно резултатите по тази субскала не биха могли да се разглеждат като директен показател за психопатни характеристики, при които основно място заема оскъдният и повърхностен характер на емоциите на индивида. Видимо е, че айтем №10 „*Не позволявам на чувствата ми да ме контролират.*“ е проблемен и следва да се мисли по посока на определен стереотип. Айтем № 2 „*Това, което смятам за добро или лошо, се различава от представите на другите хора.*“ също не работи добре, което репродуцира данните от изследванията в САЩ (Frick, 2000).

Все пак трябва да се има предвид, че тези резултати са получени върху сравнително малка група изследвани лица и според изискванията в областта следователно може да се работи както с 2, така и с 3 факторна структура.

Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност (Inventory of Callous-Unemotional Traits - ICU)- надеждност

Стойностите на α на Кронбах (вътрешна съгласуваност) и средното равнище на интеркорелации на айтемите (MIC) за всички изследвани лица, за които са налице пълни протоколи са представени в таблица 23. Както вече бе подчертано при разглеждането на надеждността на предните два инструмента, приоритет се отдава на средното равнище на интеркорелации.

Таблица 23. Вътрешна съгласуваност на субскалите и общия показател на Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност (α на Кронбах и средно равнище на интеркорелации)

| Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност | n | Брой айтеми | alpha | МС |
|---|-----|-------------|-------|-------|
| Коравосърдечност/ липса на загриженост | 335 | 19 | 0,825 | 0,213 |
| Неемоционалност | 358 | 5 | 0,513 | 0,176 |
| Общ показател | 327 | 24 | 0,795 | 0,153 |

Резултатите в таблица 23 свидетелстват за задоволително равнище на надеждност за първия компонент- *Коравосърдечност/липса на загриженост* и *общия показател*, като стойностите на α за същите са по- високи, което може да се дължи на по- големия брой признаци. В същото време за т.нар. *Общ показател*, средното равнище на интеркорелации е по- ниско, обяснение за което би могло да бъде това, че това е неравномерен конструктор и се формира от няколко корелирани дименсии.

Надеждността на втория признак- *Неемоционалност* е с по- ниски стойности на α , но имайки предвид зависимостта на този показател от дължината на субскалата, то обяснението е логично да бъде търсено там. Също така и според други проучвания, (например при изследване на юноши с правонарушения в САЩ- $\alpha= 0,55$) надеждността на тази субскала е проблемна (Kimonis, E. et al., 2008).

Както се вижда от табл. 23 резултатите относно вътрешната съгласуваност на Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност се доближават до представените от екипа на Frick PJ., а именно $\alpha= 0.73-0.79$ (Roose A., 2010). Въпреки че и от данните на Frick е видно, че най- нисък резултат има субскалата *Неемоционалност*, и че и получените от нашето изследване стойности могат да бъдат определени като задоволителни, следва да се подхожда особено внимателно при интерпретация на резултатите по нея, когато въпросника се прилага индивидуално и в клиничен контекст.

Скала за субективно благополучие и взаимоотношения с връстниците и родителите- надеждност

Таблица 24. Вътрешна съгласуваност на субскалите и общия показател на Скала за субективно благополучие и взаимоотношения (α на Кронбах и средно равнище на интеркорелации)

| Скала за субективно благополучие и взаимоотношения | n | Брой айтеми | alpha | MIC |
|--|-----|-------------|-------|-------|
| Самооценка | 359 | 5 | 0,728 | 0,351 |
| Позитивна нагласа към живота | 359 | 5 | 0,615 | 0,251 |
| Депресивно настроение | 359 | 5 | 0,843 | 0,380 |
| Субективно благополучие- общо | 359 | 18 | 0,877 | 0,286 |
| Близост с родителите | 359 | 8 | 0,776 | 0,305 |
| Приемане от връстниците | 210 | 7 | 0,850 | 0,453 |
| Проблеми в отношенията с връстниците | 102 | 4 | 0,818 | 0,526 |
| Доверително общуване | 365 | 3 | 0,731 | 0,475 |

Забележка: пресмятането на показателите се базира на всички събрани протоколи; имайки предвид възрастта на изследваните лица субскалата Суицидна идеация, която е включена в оригиналния инструмент, тук не присъства и айтемите, отнасящи се до нея не бяха включени в попълваните от юношите въпросници.

Резултатите в таблица 24. като цяло са в интервала на приемливите стойности, като се има предвид броят на айтемите. Те са в синхрон с публикуваните от автора на скалата, при които вътрешната съгласуваност на *Общия показател* за субективно благополучие ($\alpha = 0.86$) също е по- висока в сравнение с тази на неговите компоненти ($\alpha = 0.68-0.79$) (П.Калчев, 2011). От друга страна, средното равнище на интеркорелации е по- ниско в съответствие с представата за многомерен характер на основния конструкт. Видно е, че *Самооценката* и *Депресивното настроение*- са по- хомогенни (с по- висока средна корелация на включените в тях твърдения), което е посочено и в ръководството за използване на скалата за оценка (П. Калчев, 2011). По- ниско равнище на интеркорелации се регистрира по отоншение конструкта *Позитивна нагласа към живота*. Проблемът за *Положителната нагласа към живота* отразява глобалната позитивна нагласа и удовлетвореност от личното битие, но също така и оптимизмът, положителните очаквания за бъдещето и убеждението, че животът се развива в правилната посока. Съответно, включените в този конструкт твърдения имат доста обобщаващо звучене като напр. „*Радвам се на живота повече, отколкото другите хора*“ и „*Животът ми се развива в правилната посока.*“, които с оглед възрастта на изследваните лица в нашата извадка, биха могли да се тълкуват със затруднение. В действителност *Общият показател* представлява интегративен индекс за оценка, което от една страна е негово преимущество, но от друга анализът само на това равнище пренебрегва конфигурацията на формиращите го компоненти, а както в случая се вижда, това е от значение. Именно поради това се препоръчва преминаване от анализ на общия показател към разглеждане на резултатите на отделните компоненти, подобрявайки по този начин възможностите за диференцирана оценка и формулиране на хипотези за дефицитите и силните страни на изследваното лице (Калчев, П., 2011).

Вътрешната съгласуваност на *Приемане от връстниците* е висока, както и α на *Проблеми в отношенията с връстниците*. Имайки предвид малкия брой твърдения (4 айтема) и дори средното равнище на интеркорелации при втория от тези конструкти, може да бъде повдигнат въпрос за прекалено силните връзки, т.е. известно припокриване в съдържанието на използваните емпирични признаци. Това може да бъде отнесено в известна степен и към субскалата *Доверително общуване*, обхващаща само 3 айтема.

В заключение може да се обобщи, че резултатите за вътрешната съгласуваност са в съответствие с очакванията, имайки предвид ограничения брой признаци и скрининговия характер на въпросника. В същото време, както подчертава това и автора на скалата, от практическа гледна точка по-ниските показатели на надеждност увеличават размера на стандартната грешка и ограничават интерпретациите на индивидуалния резултат.

Валидност на използваните инструменти

Валидността на **Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението** е анализирана, първо чрез връзки с разгледаните преди това скали, оценяващи сходни конструкти или свързани с тях, и второ, от гледна точка на очакваните взаимоотношения с други променливи, прогнозирани въз основа на теоретичните концепции за тяхното съдържание. Анализите са направени на базата на единични корелации. Този модел е репродуциран при всички включени инструменти.

Връзки с Коравосърдечност/ липса на загриженост и Неемоционалност

Както беше описано в една от предходните глави, разглеждаща проблемното поведение в детско-юношеска възраст и разстройствата на поведението в различните медицински класификации, в петото издание на „Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства“ (DSM-5, APA, 2013) при дефинирането на разстройството на поведението е включен спецификатор, който обхваща отделна подгрупа, в която се разграничават децата с „с ограничени просоциални емоции“. Този отделен спецификатор включва четири психопатни характеристики, както следва: липса на разкаяние или вина, коравосърдечност/ липса на емпатия, незаинтересованост, нехайство (безотговорност) за изпълнението на задълженията (напр., писане на домашни работи или други важни дейности) и плитък или оскъден афект. Изискването за включване в съответната подгрупа предполага наличие на най-малко две от тези характеристики. Естествена реакция сред специалистите в областта (предхождаща, съпътстваща и продължаваща след излизането на новата класификация) бе разразилата се полемика относно дефинициите на използваните понятия и необходимостта от установяване на определени правила за тяхното тълкуване. Според една част от професионалистите, ангажирани с темата „с ограничени просоциални емоции“ е по-скоро евфемистичното название на коравосърдечността и неемоционалността или дори на психопатията (DeLisi, 2016) и използването му трябва да бъде прецизирано, поради риска от етикетирание.

Въпреки че, относително малка част от децата и юношите с разстройство на поведението могат да бъдат определени като деца „с ограничени просоциални емоции“, именно онези от тях, които попадат в тази група, се идентифицират като проявяващи коравосърдечност и неемоционалност, което се потвърждава в много изследвания (Frick et al.,2013). Някои от другите специфични характеристики на тази група деца са търсене на възбуда, отсъствие на страх и слаба чувствителност към наказание, което има отношение към повишения риск от проблемно поведение и дори разстройство на поведението. Редица проучвания показват, че децата и юношите с разстройство на поведението, които са носители на тези характеристики (за разлика от другите, които не изпълняват условието за „с ограничени просоциални емоции“), е по-вероятно да проявяват планирана, инструментална агресия и при тях обикновено разстройство на поведението се характеризира с ранно начало (American Psychiatric Association, 2013, p. 472). Именно тази група деца, при които разстройството на поведението е с ранна изява, се отличават с по-тежък и хроничен модел на антисоциално поведение, свързан както с диспозиционни рискови фактори, така и с проблеми в социализиращата среда. За сравнение – по-късното начало, обичайно проявяващо се през юношеството, се свързва с по-леки проблеми, ограничени предимно в тази възраст (Frick et al.,2013). В тази връзка са разгледани данните от корелационните анализи между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението и Въпросника за коравосърдечност и неемоционалност (ICU) са представени в таблица 25.

Таблица 25. Корелации (r на Пийърсън) между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението и Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност

| Рейтинг скала за оценка на проблеми | | Коравосърдечие/ липса на загриженост | Не-емоционалност | Общ показател |
|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------|---------------|
| Родител | РДВХ | ,461** | ,024 | ,433** |
| | Невнимание | ,458** | ,047 | ,430** |
| | Хиперактивност-Импулсивност | ,427** | -,012 | ,399** |
| | Опозиционно разстройство | ,428** | ,043 | ,411** |
| | Разстройство на поведението | ,426** | -,044 | ,379** |
| | Просоциално поведение | -,243** | -,047 | -,243** |
| Учител | РДВХ | ,352** | -,113 | ,291** |
| | Невнимание | ,292** | -,136 | ,220* |
| | Хиперактивност-Импулсивност | ,354** | -,053 | ,322** |
| | Опозиционно разстройство | ,218* | -,071 | ,193* |
| | Разстройство на поведението | ,215* | -,100 | ,195* |
| | Просоциално поведение | -,358** | -,009 | -,337** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

Тъй като не всички деца с разстройство на поведението са носители на тези специфични характеристики, нашите очаквания са по посока прогнозиране по-скоро на ниски положителни корелации между компонентите в двете скали. От гледна точка на различните информанти и с оглед на тяхната връзка с оценяваните деца, ние също така очакваме по-скоро незначителни различия в корелациите между *Коравосърдечност/липса на загриженост* и родителските и учителските оценки.

Основание за това намираме в разглеждането на коравосърдечността и неемоционалността като характеристики, които у децата се асоциират с неповлияване на поведението от наказания, както и с липса на интернализирани негативни характеристики на наложените санкции, което води до многократно и повторяемо неспазване на правилата и екстернализирани поведения. Прави впечатление че най-ниската регистрирана корелация е между *Хиперактивност-импулсивност* и *Неемоционалност*, която също така е негативна, като въпреки че стойностите са статистически незначими, може да се мисли в посока на това доколко ограничената емоционална експресия съпътства проявите на хиперактивност и импулсивност. Още повече, че по отношение на коснструкта *Неемоционалност* връзката със самоконтрола вече беше изтъкната (контрол над емоционалната експресия), а при *импулсивността* едно от проблемните неща е именно той, но в по-различна перспектива.

Следващата стъпка бе анализ на връзките между сходни поведенчески дименсии, описани в новоконструираната скала и Въпросникът за силни страни и трудности и *Коравосърдечността и неемоционалността*. Когато мислим за емоционални проблеми интерес представлява връзката между социалната тревожност и екстернализираните поведенчески прояви. Данни от лонгитюдни проучвания показват, че социалната тревожност (с обратен знак) прогнозира поведенчески проблеми и дори разстройство на поведението. Следователно юношите, при които се установява ниско ниво на социална тревожност са с по-висок риск от развитие на разстройство на поведението (Pine et al., 2000). От своя страна ниското ниво на социална тревожност се асоциира с липса на загриженост и коравосърдечност.

Подобно на предположението изказано относно връзката между социалната тревожност и поведенческите разстройства, седи и връзката между РДВХ и делинквентните прояви, като в лонгитюдни проучвания се установява, че индивидите с ниски резултати по скалата на социалната фобия или високите резултати по скалата за РДВХ проявяват най-високата корелация в хода на симптомите на разстройството на поведението с течение на времето (Pine et al., 2000). Съответно очакванията ни са за по-близка връзка между *Хиперактивност* и *Коравосърдечност*, както и между *Поведенчески проблеми* и *Коравосърдечност*. Съвсем логично прогнозираме отрицателни корелации между двата компонентна на ICU и *Просоциалното поведение*. Що се отнася до трите групи информанти, очакванията ни бяха по посока известно разминаване между позициите на родителите и учителите по отношение на емоционалните симптоми и тяхната връзка с коравосърдечност/липса на загриженост, което се потвърди, както е видимо от таблица 26.

Таблица 26. Корелации (r на Пийърсън) между компонентите на Въпросник за силни страни и трудности и Въпросник за коравосърдечност и неемоционалност

| Въпросник за силни страни и трудности | | Коравосърдечност/ липса на загриженост | Не-емоционалност | Общ показател |
|---------------------------------------|------------------------|---|------------------|---------------|
| Родител | Емоционални симптоми | ,296** | -,028 | ,262** |
| | Поведенчески проблеми | ,350** | ,006 | ,322** |
| | Хиперактивност | ,377** | -,013 | ,348** |
| | Проблеми с връстниците | ,284** | ,052 | ,275** |
| | Просоциално поведение | -,209** | -,096 | -,226** |
| | Обща оценка | ,420** | ,005 | ,388** |
| Учител | Емоционални симптоми | ,025 | -,142 | -,036 |
| | Поведенчески проблеми | ,350** | -,129 | ,308** |
| | Хиперактивност | ,409** | -,049 | ,363** |
| | Проблеми с връстниците | ,276** | -,063 | ,241** |
| | Просоциално поведение | -,401** | -,066 | -,390** |
| | Обща оценка | ,362** | -,132 | ,300** |
| Юноша | Емоционални симптоми | ,185** | ,012 | ,167** |
| | Поведенчески проблеми | ,533** | ,094 | ,511** |
| | Хиперактивност | ,480** | ,058 | ,453** |
| | Проблеми с връстниците | ,301** | ,105* | ,303** |
| | Просоциално поведение | -,577** | -,105* | -,554** |
| | Обща оценка | ,485** | ,065 | ,457** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

В едно сравнително ново поручване, данните от което бяха публикувани през 2015г., авторите разглеждат възможностите за приложение на формата за родители на Въпросника за коравосърдечност и неемоционалност, като един от инструментите с които съпоставят резултатите е именно Въпросник за силните страни и трудности-версии родител и учител. От резултатите от SDQ те се фокусират върху субскалата *Проблеми с връстниците*, разглеждана като латентен конструкт за проблеми във взаимоотношенията изобщо (Willoughby, M.T.et al., 2015). Използвайки метода на структурното моделиране, Willoughby, M.T. и неговите колеги търсят връзките между *Емпатия – Просоциално поведение*, *Черти на коравосърдечности и неемоционалност* и *Опозиционно разстройство/ разстройство на поведението*, с *Трудности във взаимоотношения с връстниците*, *Родителска подкрепа/отхвърляне* и *Трудности във взаимоотношенията с учителите*. От възможните изходи, до които се достига, авторите определят по- високото ниво на изява на поведението от кръга на *Опозиционно разстройство/Разстройство на поведението*, като силно свързани с дисфункция във взаимоотношенията и зависими от по- ниски нива на *Емпатия- Просоциално поведение* или по- високи нива на черти на *коравосърдечност и неемоционалност* в поведението на детето (Willoughby, M.T.et al., 2015). Резултатите подчертават ясното разграничаване на конструкта *Емпатия- Просоциално поведение* от *Коравосърдечност- Неемоционалност*. Също така, те установяват, че тази комбинация от високи нива на поведението от кръга на ОР/РП с ниски нива на Емпатия-ПсП и високи нива на „CU“

черти намират различна изява в зависимост от контекста и качеството на взаимоотношенията. Според този изследователски екип разграничаването на специфичните дименсии на *Емпатия-ПсП* и/или „*СУ*“ черти, би могло да изясни и да подобри развитието на различни интервенции и тяхното имплементиране в ежедневието на децата. Например с увеличаването на поведения от кръга на *Емпатия-ПсП* може да се подобрят отношенията учител-дете или с редуциране на поведения, свързани с т.нар. черти на *коравосърдечност* и *неемоционалност*, може да се подобрят взаимоотношенията на детето с връстниците и/или с родителите. Съответно основания за тези заключения, могат да бъдат намерени и в данните от нашето проучване.

Връзка със субективно благополучие и асоциираните с него конструкти

В периода на юношеството, а съответно до известна степен и в прехода от детството към юношеството, чувството за ценност на собствената личност, позитивната нагласа към самия себе си и удовлетвореността от живота се асоциират тясно с взаимоотношенията в двете основни социални мрежи- тази на родителите и тази на връстниците. В литературата, посветена на дефинирането, изучаването и анализа на субективното благополучие в детско-юношеска възраст, споровете относно това дали взаимоотношенията са компонент или предпоставка за него не стихват, но независимо от това няма съмнение, че самоуважението и удовлетвореността от живота са функция и на взаимоотношенията със значимите хора.

В приложената в нашето изследване скала за оценка на благополучието са включени компоненти, които считаме че са от съществено значение за разбиране на случващото се с децата, юношите, които имат трудни поведения и/или разстройства на поведението. Един от тях е и *Депресивното настроение*, който компонент често у непознатите с особеностите на психичното функциониране при децата, буди съмнение относно връзката му с проблемните поведения и тяхната изява. Важно е разграничаването на този компонент от когнитивните и соматични признаци, които характеризират депресията, тъй като тук оценката обхваща предимно нейните емоционални аспекти. Следователно, високите нива се асоциират с потиснато настроение, тъга, скука, чувство за безсмисленост на живота, анхедония, загуба на интерес и обезценяване на собствената личност. Както е посочено в ръководството на ССБВО, компонентите на тази субскала, корелират най- силно (отрицателно) със *Самооценка* и *Положителна нагласа към живота*, като значими отрицателни връзки се отчитат и по отношение на *Близост с родителите* и *Приемане от връстниците*, а значими положителни с *Проблеми във взаимоотношенията с връстниците*. Следователно нашите очаквания бяха по посока идентифициране на връзки между *Депресивно настроение* и основните компоненти на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението, което е видно и от таблица 27.

Таблица 27. Корелации (r на Пийрсън) между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението и ССБВО- първа част

| | | Депресивно настроение | Самооценка | Позитивна нагласа към живота | Субективно благополучие |
|---------|-----------------------------|-----------------------|------------|------------------------------|-------------------------|
| Родител | РДВХ | ,383** | -,283** | -,182** | -,362** |
| | Невнимание | ,397** | -,306** | -,220** | -,388** |
| | Хиперактивност-Импулсивност | ,336** | -,232** | -,125* | -,300** |
| | Опозиционно разстройство | ,359** | -,336** | -,210** | -,368** |
| | Разстройство на поведението | ,314** | -,234** | -,138* | -,289** |
| | Просоциално поведение | -,159* | ,137* | ,185** | ,183** |
| Учител | РДВХ | ,221* | ,027 | -,033 | -,135 |
| | Невнимание | ,206* | ,045 | ,003 | -,104 |
| | Хиперактивност-Импулсивност | ,180* | ,017 | -,052 | -,126 |
| | Опозиционно разстройство | ,013 | ,042 | -,049 | -,005 |
| | Разстройство на поведението | ,012 | ,035 | -,032 | -,012 |
| | Просоциално поведение | -,252** | ,054 | ,089 | ,189* |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

Друго основание за изказаното предположение и възможно обяснение за установената вече връзка, е често подценяваната склонност в детска възраст, преживяванията на неудовлетвореност, тъга и др. да бъдат изяви като проблемно поведение, разпознавана от възрастните като проява на опозиция и противопоставяне. В този смисъл корелацията на *Депресивно настроение* и *Опозиционно разстройство* бе очаквана и нейното удостоверяване с наличните данни, дава основание да се мисли за полезността на съчетаването на инструменти, отразяващи и оценяващи, както поведенческите изяви, така и емоционалните компоненти, които биха могли да мимикрират в тях.

От гледна точка на двете групи информанти, изхождайки от вече установените и в други проучвания специфики в тяхната позиция, а именно по-трудно идентифициране на интернализираните поведения от страна на учителите, прогнозите ни за по-слаби връзки при тях бяха потвърдени, което намира отражение и в таблица 26.

Таблица 27. Корелации (r на Пийрсън) между компонентите на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението и ССБВО- втора част

| | | Близост с родителите | Приемане от връстниците | Проблеми отношенията връстниците в с | Доверително общуване |
|----------------|---------------------------------|-------------------------|----------------------------|--|-------------------------|
| Родител | РДВХ | -,314** | -,278** | ,337** | -,213** |
| | Невнимание | -,333** | -,325** | ,370** | -,229** |
| | Хиперактивност- Импулсивност | -,267** | -,205** | ,279** | -,179** |
| | Опозиционно разстройство | -,338** | -,270** | ,303** | -,247** |
| | Разстройство на поведението | -,313** | -,241** | ,293** | -,174** |
| | Просоциално поведение | ,198** | ,186** | -,213** | ,183** |
| Учител | РДВХ | -,128 | -,154 | ,186* | -,171 |
| | Невнимание | -,080 | -,141 | ,180* | -,147 |
| | Хиперактивност- Импулсивност | -,150 | -,145 | ,161 | -,189* |
| | Опозиционно разстройство | -,0775 | -,169 | ,141 | -,219* |
| | Разстройство на поведението | -,050 | -,029 | ,062 | -,134 |
| | Просоциално поведение | ,194* | ,250** | -,377** | ,268** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

В специализираната литература има редица текстове, анализиращи връзката между родителските стилове на възпитание и поведенческите проблеми. Емпирична работа, фокусирана върху връзките между родители и подрастващите и ефекта от тях, е особено важна, тъй като последствията от техните отношения по време на юношеството продължават да оказват влияние върху поведението в зряла възраст (Hoskins, D. H., 2014). Въпреки че, много проучвания асоциират топлотата, грижата и контрола от страна на родителите с позитивно развитие на децата и юношите, все по-често се поставя въпроса за това доколко тяхното генерализиране върху детско-юношеската популация изобщо е коректно, още повече че някои изследвания, включващи различни етнически групи, намират вариации в тези отношения (Smetana, J. et al.).

Тази постановка би могла да бъде развита, като се разшири обхвата на информация, а именно, оценявайки от една страна перспективата на различните участници в процеса на взаимоотношенията, а от друга залагайки по-широк набор от компоненти, които позволяват идентифициране на по-голямо разнообразие от поведения (Kerr, M.; Stattin, H., 2000). Пример може да се търси в думите на едно от момчетата в клиничната извадка, което при попълване на съответните въпросници, в

рамките на последвалото интервю сподели, че е убеден в това, че от гледна точка на родителите отношенията, които имат те и грижата, която полагат за него, са „много добри, но не приемливи за него” и това не може да бъде отразено в предложените в скалите айтеми.

От тази гледна точка, специален интерес за нас бе *Близостта с родителите* и нейната връзка с проблемните поведения, описани в Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението.

Нашите прогнози за значими корелации се потвърдиха и както е видно от таблица 28. има основание да се мисли, че децата, които изпитват близост с родителите си е по- малко вероятно да проявят тежко противопоставящо се поведение, което би могло да се определи като разстройство. Налице са достатъчно основания в полза на това, че анализът на този аспект е от съществено значение през този период от живота на децата, тъй като точно тогава започва еманципирането от родителския авторитет, което само по себе си може да бъде източник на потенциални конфликти (междупличностни и в самия юноша).

Как тези връзки са представени при оценката на сходни конструкти, съставляващи отделните субскали във Въпросник за силни страни и трудности, е обяснено по- долу. Предположенията относно тях, са в контекста на изложените в частта, отнасяща се до Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението.

Съответно на направения преглед и данните от досегашните резултати, очакванията ни прогнозираха по- високи корелации между *Депресивно настроение и Емоционални симптоми*, както и *Депресивно настроение и Проблеми с връстниците*, отразени предимно в докладите от страна на родителите и децата, докато спрямо учителите като информанти, нашите прогнози бяха свързани с по- скоро незначими корелации между *Депресивно настроение и Емоционални симптоми*, но по- голяма връзка на същия конструкт с *Проблемите с връстниците*. Очакванията, базирани на направения теоретичен преглед и обзор на други подобни изследвания, се потвърдиха, като интерес представлява и силната връзка между *Депресивното настроение и Поведенческите проблеми*, отразена в отговорите на самите деца/юноши.

Тези данни позволяват да се помисли отново за възможностите на децата за преработка на техните емоционални симптоми и изявата, която намират те в директното поведение в ежедневието, и това доколко възрастните, дори и много близки до детето, разпознават в трудното поведение емоционалното страдание и неудовлетвореност.

Таблица 28. Корелации (r на Пийрсън) между компонентите на Въпросник за силни страни и трудности и ССБВО- първа част

| | | Депресивно настроение | Самооценка | Позитивна нагласа към живота | Субективно благополучие |
|---------|------------------------|-----------------------|----------------|------------------------------|-------------------------|
| Родител | Емоционални симптоми | ,461** | -,288** | -,273** | -,441** |
| | Поведенчески проблеми | ,275** | -,248** | -,210** | -,291** |
| | Хиперактивност | ,281** | -,179** | -,116 | -,253** |
| | Проблеми с връстниците | ,471** | -,359** | -,301** | -,467** |
| | Просоциално поведение | -,125* | ,200** | ,230** | ,204** |
| | Обща оценка | ,474** | -,339** | -,283** | -,456** |
| Учител | Емоционални симптоми | ,197* | -,008 | ,016 | -,120 |
| | Поведенчески проблеми | ,122 | -,028 | -,080 | -,119 |
| | Хиперактивност | ,291** | -,076 | -,102 | -,244** |
| | Проблеми с връстниците | ,312** | -,082 | -,058 | -,228* |
| | Просоциално поведение | -,192* | ,090 | ,148 | ,170 |
| | Обща оценка | ,319** | -,055 | -,065 | -,242** |
| Юноша | Емоционални симптоми | ,544** | -,395** | -,357** | -,539** |
| | Поведенчески проблеми | ,477** | -,298** | -,300** | -,459** |
| | Хиперактивност | ,371** | -,361** | -,262** | -,410** |
| | Проблеми с връстниците | ,447** | -,300** | -,279** | -,424** |
| | Просоциално поведение | -,213** | ,187** | ,160** | ,218** |
| | Обща оценка | ,595** | -,452** | -,401** | -,595** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

В продължение на написаното по- горе следва да бъдат изложени и други наши очаквания, свързани с разглеждането на *Близостта с родителите и Приемането от връстниците* като протективни фактори спрямо изявата на тежка поведенческа проблематика.

Това предположение намира подкрепа в представените резултати, като прави впечатление, че е силно отразено в оценките и на трите групи информанти, но най-слабо в групата на учителите. В същото време, обаче, ако се разгледат данните само от учителските отговори, този резултат изпъква като най- значима връзка в едно с *Проблеми с връстниците и Проблеми в отношенията с връстниците* (виж табл. 29)

Таблица 29. Корелации (r на Пийрсън) между компонентите на Въпросник за силни страни и трудности и ССБВО- втора част

| | | Близост с родителите | Приемане от върстниците | Проблеми в отн. с върстниците | Доверително общуване |
|----------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Родител | Емоционални симптоми | -,249** | -,335** | ,348** | -,194** |
| | Поведенчески проблеми | -,283** | -,214** | ,262** | -,113 |
| | Хиперактивност | -,253** | -,148* | ,250** | -,120 |
| | Проблеми с върстниците | -,308** | -,556** | ,539** | -,414** |
| | Просоциално поведение | ,194** | ,095 | -,106 | ,099 |
| | Обща оценка | -,345** | -,393** | ,449** | -,265** |
| Учител | Емоционални симптоми | ,024 | -,206* | ,214* | -,081 |
| | Поведенчески проблеми | -,147 | -,129 | ,148 | -,202* |
| | Хиперактивност | -,252** | -,183* | ,175* | -,242** |
| | Проблеми с върстниците | -,204* | -,337** | ,388** | -,273** |
| | Просоциално поведение | ,195* | ,226* | -,224* | ,288** |
| | Обща оценка | -,182* | -,275** | ,276** | -,246** |
| Юноша | Емоционални симптоми | -,338** | -,397** | ,433** | -,150** |
| | Поведенчески проблеми | -,448** | -,283** | ,354** | -,158** |
| | Хиперактивност | -,440** | -,184** | ,231** | -,078 |
| | Проблеми с върстниците | -,239** | -,562** | ,559** | -,410** |
| | Просоциално поведение | ,321** | ,122* | -,035 | ,212** |
| | Обща оценка | -,484** | -,464** | ,502** | -,259** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

Връзка Коравосърдечност/Неемоционалност и Субективно благополучие

Според някои изследвания при хора с психопатни характеристики се установяват високи нива на депресия, негативен афект и ниски нива на удовлетвореност от живота, щастие и позитивен афект (Love, A. B., 2010). По данни от изследване на връзката между психопатията и субективното благополучие върху 436 студента, резултати от приложените инструменти (за оценка на психопатия са използвани Levenson Self-Report Psychopathy Scales и Self-Report Psychopathy Scale III R-12; за оценка на субективното благополучие- Oxford Happiness Inventory, Satisfaction With Life Scale и Faces Scales), илюстрират значимостта на вариациите на депресия (16,6%), негативен афект (18.5%), удовлетвореност от живота (13.8%), щастие (6.1-20%) и позитивен афект (11,3%) (Love, A. B., 2010). В същото изследване се достига до

заключение, че индивидите, които имат високи резултати по скалите, оценяващи психопатните характеристики, изглежда са по-малко щастливи и доволни и по-депресирани в сравнение с тези с ниски резултати. Според същите тези данни, обаче, не всички корелации са статистически значими и както заключава автора, оценките от Levenson Self-Report Psychopathy Scales биха могли да предскажат значими вариациите на всички компоненти на субективното благополучие, но не и когато от приписаните на личността вариации бъдат преместени резултатите от психопатията (Love, A. B., 2010). Следователно тези връзки по-скоро могат да бъдат разглеждани като особени тенденции, които в зависимост от останалите характеристики на индивида (не само личностни, но и житейска история и т.н.) могат да варират.

Каква е връзката между психопатните характеристики и субективното благополучие е въпрос, който от сравнително скоро започва да бъде развиван, като изследванията по темата са изключително малко. Базирайки се на литературния обзор нашите очаквания се фокусираха върху допускането за отрицателна връзка между *Коравосърдечност/липса на загриженост, Неемоционалност* и компонентите на *субективноот благополучие*, включени в приложената скала.- или очакваме негативни корелации със *Самооценка, Позитивна жизнена нагласа, Близост с родителите, Приемане от връстниците и Доверително общуване*, и позитивна корелация с *Депресивно настроение и Проблеми с връстниците*.

Таблица 30. Корелации (r на Пийърсън) между компонентите на ССБВО и Въпросник за Коравосърдечност и неемоционалност

| | Коравосърдечност/ липса на загриженост | Не- емоционалност | Общ показател |
|-------------------------------|---|----------------------|------------------|
| Депресивно настроение | ,453** | ,135* | ,453** |
| Самооценка | -,353** | -,213** | -,393** |
| Позитивна жизнена нагласа | -,296** | -,215** | -,330** |
| Субективно благополучие- общо | -,450** | -,202** | -,473** |
| Близост с родителите | -,504** | -,208** | -,522** |
| Приемане от връстниците | -,229** | -,212** | -,269** |
| Проблеми в отн. с връстниците | ,209** | ,167** | ,237** |
| Доверително общуване | -,253** | -,221** | -,313** |

Забележка: *p<0.05; **p<0.01

Получените резултати, представени в таблица 30 са в синхрон с нашите предварителни очаквания. Екстравертността като личностова черта (характеризираща се с по-високо ниво на комуникативност, стремеж към поддържане на много и интензивни социални контакти, насочване на локуса към околния свят, висока сензитивност към външните стимули и т.н.), е разглеждана като един от най-добрите предиктори за удовлетвореност от живота, също така е асоциирана с отрицателна корелация с високи нива на черти като коравосърдечност и неемоционалност в смисъл на ограничена емоционална експресия. Също така, тъй като междуличностните отношения при хората с високи нива на психопатни характеристики, обикновено са описвани като повърхностни и плитки, това дава основание на някои автори да

предположат, че тези особености могат да допринесат за намаляване на удовлетвореността от живота в сравнение с тези с ниски нива на психопатия (Barry, Barry, Deming, & Lochman, 2008).

Поради прояви на коравосърдечност и намалена чувствителност, хората с високи нива на психопатни характеристики, обикновено не отдават толкова голямо значение на междуличностните взаимоотношения, в сравнение с тези с ниски нива. Лошата социална компетентност е свързана често с агресивни прояви и антисоциални поведения в детска възраст (Barry et al., 2008). Това твърдение намира емпирично потвърждение в някои изследвания при деца с високорискови агресивни поведения, тествани за ранни прояви на психопатни черти и социална компетентност, като резултати показват, че по-доброто социално функциониране се свързва с намаляване на психопатните характеристики в хода на развитието на детето (Barry et al., 2008). Същият екип установява, че дефицитите в социалното функциониране се асоциират с по-скоро персистиращи психопатни характеристики. В тези данни може да се търси обяснение и за установената при нашата извадка значима отрицателна корелация между *Коравосърдечност* и *Близост с родителите*. На практика има защо да се мисли, че проявите на *Коравосърдечност* предполагат повишен риск от отчуждение от родителите. Интересно е това, че спрямо *Приемането от връстниците* тази връзка е значително по-слаба, макар и отново с отрицателен знак.

4.2 Оценка на дискриминаращите възможности на рейтинговите скали за оценка на дефицит на внимание с хиперактивност, опозиционно поведение и разстройство в поведението

Инструментите за оценка на поведението и свързаните с него проблеми, базирани на рейтингови скали, използват дименсионалния подход, който позволява оценка на поведенческите и емоционалните затруднения през един континуум от типичност до абнормност, без ясно разграничаване между наличие или отсъствие на разстройство (Achenbach & McConaughy, 1996). Ползите от този вид психологични инструменти се свързват преди всичко с това, че повечето от тях позволяват сравнение на резултатите с определени нормативно зададени такива или правят възможна оценка на тежестта на набор от симптоми, сравнени между индивиди от близка възраст и пол. От друга страна, голяма част от скалите са разработени за приложение при повече от един информант (родители, учители, самооценка), което позволява преценка на ситуационната и контекстуалната вариабилност на симптомите. Друго тяхно предимство са изключително добрите психометрични възможности, които проявяват не малък брой от оценъчните скали (Achenbach, 1991) и не на последно място стои тяхната ефикасност по отношение на приложението им в клиничен контекст. В същото време, трябва да бъде отчетено и едно от най-съществените ограничения, което ги характеризира, а именно тоа, че често те са трудно използвани за целите на диагностичното изследване (Power, Thomas J. et al., 1998). През последните години

проучванията в тази сфера са насочени към определяне на оптималните „cutoff“ точки (критични) по скалата, чрез които може да се определи наличието или отсъствието на разстройство. Получените чрез тях резултати са уязвими от гледна точка на пристрастност, която колкото и добри психометрични свойства да притежава скалата, не могат да бъдат избегнати (Power, Thomas J. et al., 1998).

Една от целите на настоящото изследване е да се оценят възможностите за приложение на създадената от нас Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението (с нейните две форми за различни информанти, на практика това са две отделни скали, а ако ги парцелираме според областта на оценяване стават цели шест) в клиничната практика и това доколко тяхното рутинно включване би улеснило и подобрило процеса на диагностична оценка. Съвсем естествена тогава, следващата стъпка е оценката на техните дискриминиращи възможности (критерийна валидност). Критерийната валидност отразява способността на инструмента да диференцира изследваните лица по зададения признак/симптом или набор от симптоми. Нейната оценка изисква проверка на връзките с независим, външен критерий. Когато външният критерий е налице в момента на изследването, чрез него се анализира текущата (конкурентна) валидност на скалата, а когато критерият е налице след известен период от време- прогностичната валидност (Калчев, П., 2013). Прогностичната валидност има решаваща роля по отношение на функцията, която изпълняват скрининговите скали за оценка на поведението, но за съжаление тя често е пренебрегвана, което води до увеличаването на риска от „етикетиране“ на изследваното лице и/или взимане на недостатъчно обосновани решения (диагностични и интервенционни). При анализ на текущата и прогностичната валидност от основно значение е изискването за независимост на критерия или определянето на критерийния статус на индивида да не е повлияно от резултатите от скалата. За да оценим критерийната валидност на конструиранияте скали за оценка на проблемни поведения, ние изследваме възможностите на самата скала да диференцира децата от двете основни извадки- масова и клинична, както и това дали те са в състояние да разгариничат децата с поведенчески разстройства от децата с други диагностицирани разстройства от клиничната извадка.

Оценката е реализирана чрез последователно сравняване на резултатите в Т-оценки от учителските/родителските протоколи на изследваните пациенти в КДП „Св.Никола“с тези на децата от масовата извадка. Клиничната група се разделя според целевата диагноза, съответно РДВХ, РП или ОпР, а след това се разглеждат възможностите на инструмента при изключване на данните от масовата както следва:

1. Възможности на рейтинговите скали за оценка на проблемно поведение за прогнозиране на поведения от кръга на РДВХ в масова извадка – последователно сравнение на родителските и учителските оценки на децата от контролната група с тези на деца от клиничната група, като ИЛ от втората са разделени на четири подгрупи:

- деца с диагноза РДВХ;
- деца с диагноза РП;
- деца с две коморбидни диагнози - РДВХ и РП;

- деца с други диагнози.

Като показател за дискриминативните възможности на рейтинговите скали е използвана оценка на размера на ефекта (d на Коен).;

2. Възможности за прогнозиране на проблемно поведение в клинична извадка-сензитивност, специфичност и площта под ROC кривата, като интегративен показател за възможностите на скрининговия метод.

(1) Критерийна валидност – дискриминативни възможности на рейтингите инструменти.

Средните стойности на рейтинговите оценки на родителите са включени в табл.31. Резултатите за всички ИЛ са представени в стандарти T-оценки, изчислени на база масовата извадка. Подобен подход позволява директно сравнение на данните от четирите клинични групи.

Таблица 31. Дескриптивни характеристики на рейтинговите оценки на родителите в масовата и в клиничната извадка (в стандартни T-оценки, базирани на данните в масовата извадка)

| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- форма родител | | | | | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | РДВХ | Невнимание | Хипер-активност | ОпР | РП | ПсП - р |
| Масово училище | Mean | 50,0000 | 50,0020 | 49,9999 | 50,0001 | 50,0000 | 50,0001 |
| | N | 209 | 212 | 214 | 216 | 214 | 212 |
| | Std. Deviation | 10,00000 | 10,00000 | 10,00000 | 10,31028 | 9,99998 | 10,00001 |
| Други диагнози | Mean | 69,3879 | 67,4346 | 68,1189 | 69,0417 | 69,4353 | 41,6779 |
| | N | 64 | 64 | 65 | 63 | 62 | 64 |
| | Std. Deviation | 17,51315 | 14,54091 | 19,01987 | 21,05273 | 26,00715 | 10,16116 |
| РДВХ | Mean | 77,4375 | 74,1361 | 76,2964 | 65,5126 | 72,7345 | 43,5839 |
| | N | 30 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 |
| | Std. Deviation | 15,35719 | 12,17544 | 16,99570 | 22,34276 | 26,87799 | 9,99037 |
| РП | Mean | 76,4348 | 74,0649 | 74,4417 | 83,9154 | 92,9463 | 37,4920 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 11 | 12 | 12 |
| | Std. Deviation | 15,83999 | 14,26547 | 18,49086 | 18,82249 | 38,94835 | 10,14698 |
| РДВХ& РП | Mean | 79,4019 | 71,7866 | 82,6891 | 89,5004 | 96,7622 | 50,3111 |
| | N | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 |
| | Std. Deviation | 10,77364 | 12,32569 | 9,26115 | 20,74469 | 32,79168 | 6,27873 |
| Total | Mean | 57,9006 | 56,9289 | 57,4336 | 56,8521 | 57,9499 | 47,3184 |
| | N | 320 | 323 | 326 | 324 | 320 | 321 |
| | Std. Deviation | 16,75582 | 14,98568 | 16,96285 | 17,99893 | 21,72234 | 10,71573 |

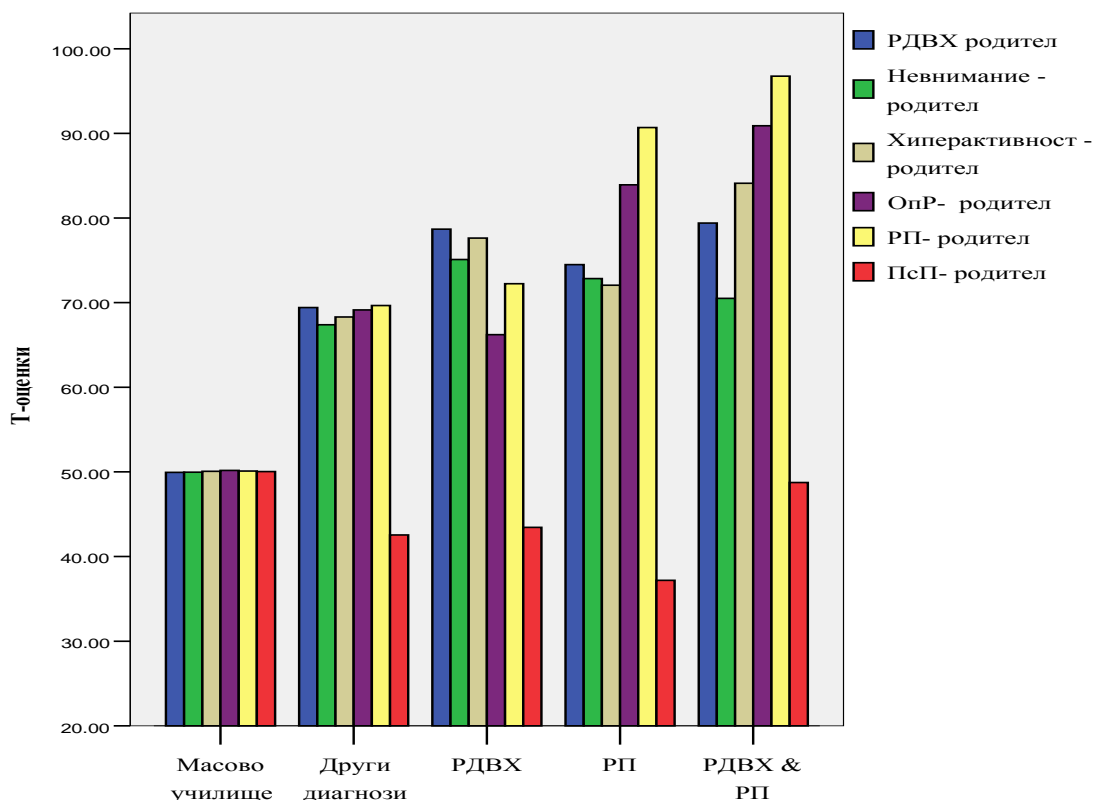
В същата таблица е включена и обобщена информация относно честота на децата от масовата и клиничната извадка, за които са налице пълни данни от родителските оцанки.

Според тези данни най-малък е броят на децата с две диагнози, но в същото време средните Т- точки, които са представени за тази група са най- високи, което би могло да се обясни и с риска акумулирането на негативните характеристики, асоциирани с двете разстройства, потенциално да повишава риска и да утежнява проблема. Именно поради това, изборът ни се спря върху отделно представяне на тази група деца, която в някои епидемиологични проучвания е оценена на 1.3% (Mental health of young people in Australia, 2000).

РП в детско-юношеска възраст твърде често е разглеждано, дори с убеденост приемано, като предшествашо антисоциално развитие, но определянето на други психични разстройства (отнасящи се до същия период на развитие) като прекурсори на антисоциално поведение е по- скоро противоречиво (Satterfield et al., 2007). В същото време, досега провеждани лонгитюдни проучвания показват, че комбинацията на РДВХ с РП, е предшественик на по-късно антисоциално поведение (Fischer et al., 2002; Barkley et al., 2004; Satterfield et al., 2007).

Допускането за формиране на антисоциално поведение в по- късна възраст при наличието само на диагноза РДВХ, е разглеждано по- скоро като спорно, т.е. в някои проучвания това се потвърждава, докато в други не. Резултатите от дългосрочните проследяващи епидемиологични проучвания, напр. това на Sourander et al. във Финландия (Sourander et al., 2007) установяват, че при момчетата и мъжете, наличието на хиперактивност и импулсивност в поведението на децата/юношите, само по себе си се явява като прекурсор за престъпно поведение в по- късна възраст.

В същото време, едно популярно клинично поручване, реализирано в рамките на голям дългострочен проект (30г.) от Satterfield и екип (Satterfield et al., 2007), се съобщава че единствено при лицата с РДВХ, съчетано с РП, се наблюдава повишен риск от престъпни прояви. След това просторно обяснение на значението на комбинацията от РДВХ и РП, ако се върнем към данните от таблица 31, бихме могли да обясним тези високи средни стойности на Т- оценки по всички субскали с натрупването на отрицателни поведения при тази група деца и съответно отражение на същите в родителските оценки. Фигура 12. илюстрира разликите между отделните групи според оценките на родителите.



Фигура 12. Рейтингови оценки на родителите по използваните субскали при децата от масовата и клиничната извадка (в Т-оценки, базирани на дескриптивните характеристики в масовата извадка)

Данните показват ясна тенденция за увеличаване на показателят за РП от масовата извадка към клиничната, намирайки превес в последната група (РП). Регистрира се и постепенно увеличаване на ОпР, което може отново да бъде обвързано с развитиената перспектива за РП, а именно, ако имаме дете с РДВХ, вероятността за прояви на противопоставящо се поведение са по-големи и при negliжиране на същите, седи риск от по-късно формиращо се РП.

Тази последователност и съответно зависимост е описана в редица студии и е подкрепена от не малко проучвания (Rowe R, 2002), които показват, че РП и ОпР до голяма степен споделят подобни корелати и дългосрочните анализи потвърждават, че ОпР е по-силен рисков фактор за РП, отколкото други разстройства, а съчетанието на РДВХ и ОпР увеличава тази вероятност (Loeber et al., 2000).

В някои текстове, ОпР се описва като „присъщо“ на децата с РДВХ-около 1/3 от децата с РДВХ демонстрират прояви на ОпР, като комбинираният тип (хиперактивност-импулсивност) предполага по-висок риск (ADHD, 2008). Относно намаляването на Невниманието в клиничните групи, то обяснение би могло да бъде намерено в изтласкването на проявите, асоциирани с него от негативните поведенчески актове, т.е. склонността да се фиксираме върху екстернализираните поведения. От друга страна, това че в групата на децата с РП стойностите на РДВХ, Невнимание и

Хиперактивност-импусливонст са пониски, може да обяснява факта, че в крайна сметка РП и РДВХ са две различни разстройства, които почиват на различна база (промените в DSM -5, поставящи РДВХ в групата на невроразвитийните разстройства, отделно от РП и ОпР).

Това че децата от клиничната извадка систематично са с по-високи показатели, в сравнение с децата от масовата извадка, позволява да се предположи, че родителските оценки оценяват не само специфични проблеми, но и по-обща психопатология, което би могло да се разглежда в полза на прилагането на инструмента в предклинична и клинична среда.

За оценка на разликата между децата от масовата извадка и от клиничната извадка на деца с поведенчески проблеми е използвана оценката на размера на ефекта (d на Коен)¹⁰.

Таблица 32 илюстрира стойностите на d при последователно сравняване на децата от масовата извадка с трите групи поведенчески разстройства: РДВХ, РП и РДВХ & РП.

Таблица 32. Стойности на d на Коен за размер на ефекта на родителските оценки при сравнение на данните за масовата извадка и децата в клиничната извадка

| Родителски оценки | Друга диагноза | РДВХ | РП | РДВХ & РП |
|-----------------------|----------------|-------|-------|-----------|
| РДВХ | -1,41 | -2,16 | -2,05 | -2,83 |
| ОпР | -1,26 | -0,96 | -2,35 | -2,57 |
| РП | -1,08 | -1,23 | -1,76 | -2,19 |
| Просоциално поведение | 0,83 | 0,64 | 1,24 | 0,04 |

Стойностите на d на Коен не съвпадат като тенденция напълно с данните от фигурата 12., която представя само средните стойности на показателите. За сравнение стойностите на d са повлияни и от разсейването на резултатите (стандартното отклонение), което варира при клиничните групи (вж. таблица 31). В преобладаващия брой случаи при родителските оценки е налице голям размер на ефекта, като най-голям размер е налице по отношение на коморбидната диагноза (РДВХ & РП). Просоциалното поведение, за сравнение, по-слабо разграничава групите, като при коморбидната диагноза стойността е незначима.

¹⁰ Референтни стойности на размера на ефекта на d на Коен (1988): „ниски“ d = 0.2, „средни“ d = 0.5 и „високи“ d = 0.8”

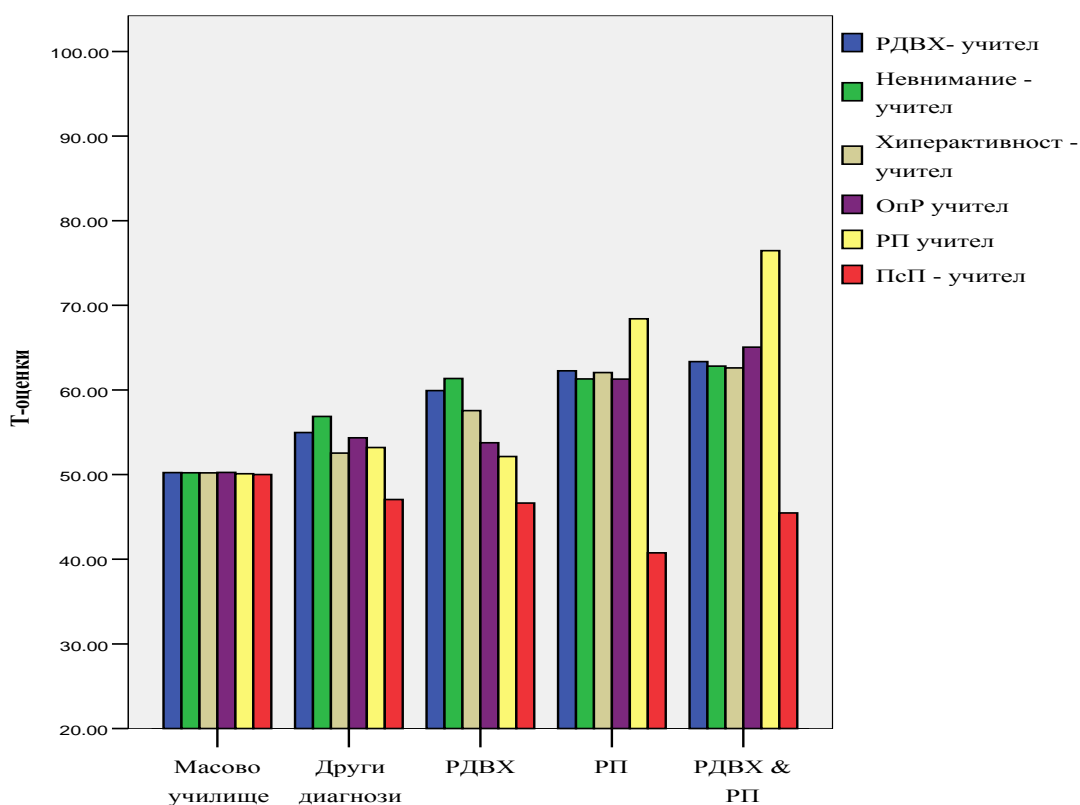
Таблица 33. **Дескриптивни характеристики на рейтинговите оценки на родителите в масовата и в клиничната извадка** (в стандартни Т-оценки, базирани на данните в масовата извадка)

| Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението- форма учител | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | РДВХ | Невнимание | Хипер-активност | ОпР | РП | ПсП |
| Масово училище | Mean | 50,0000 | 50,0000 | 50,0000 | 49,9999 | 49,9999 | 50,0000 |
| | N | 110 | 112 | 110 | 111 | 108 | 110 |
| | Std. Deviation | 10,00000 | 10,00000 | 10,00000 | 10,00000 | 10,00001 | 10,00000 |
| Други диагнози | Mean | 54,9600 | 56,8033 | 53,4796 | 55,3800 | 54,3233 | 46,2982 |
| | N | 36 | 36 | 39 | 38 | 37 | 39 |
| | Std. Deviation | 9,10693 | 9,53550 | 10,82231 | 11,69243 | 13,92752 | 9,31496 |
| РДВХ | Mean | 59,9319 | 61,3481 | 57,5615 | 53,4384 | 52,1357 | 46,6405 |
| | N | 23 | 23 | 23 | 24 | 23 | 23 |
| | Std. Deviation | 7,77247 | 7,97469 | 10,12008 | 8,31328 | 7,88663 | 9,18356 |
| РП | Mean | 62,2605 | 61,3008 | 62,0610 | 61,2810 | 68,4114 | 40,7547 |
| | N | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| | Std. Deviation | 7,45260 | 6,22072 | 8,95329 | 12,54184 | 16,81669 | 8,37271 |
| РДВХ&РП | Mean | 63,3441 | 63,4771 | 62,6063 | 61,5715 | 76,4618 | 44,1222 |
| | N | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| | Std. Deviation | 7,18915 | 4,05971 | 11,12961 | 7,92286 | 10,45775 | 5,15862 |
| Total | Mean | 53,2291 | 53,7189 | 52,6319 | 52,4794 | 52,7836 | 48,1059 |
| | N | 184 | 187 | 187 | 189 | 183 | 188 |
| | Std. Deviation | 10,30148 | 10,48746 | 10,73823 | 10,78094 | 12,38752 | 9,86189 |

Представените в таблица 33 данни, се доближават в известна степен до тези, отнасящи се до родителските оценки. И тук за групата на децата с РДВХ&РП се отчитат най- високи средни стойности на Т-оценките за всички субскали, с изключение на резултата, касаещ т.нар. *Просоциално поведение*. Все пак е важно, когато мислим за резултатите на децата с РДВХ&РП и оценките, които са получили от съответните информанти, да отчетем и факта, че тези деца в момента на оценяване са били пациенти на детска психиатрична клиника, т.е. в поведението им вече са били налице определени трудности.

Също така, от нашия клиничен опит, много често децата, които са диагностицирани с РП и/или РДВХ, са били насочени за диагностична оценка по препоръка на образователната институция, която посещават и с която вече са в конфликт. От друга страна, ако приемем, че една част от тези деца са били „неразпознати“ като деца с трудни поведения от оценяващите ги, напр. учителите, то би могло да се мисли и за

евентуално повлияване на оценките от т.нар. феномен на Пигмалион¹¹ или на т.нар. самоизпълняващото се пророчество от формиране и поддържане на очакванията. Или, при представяне на рейтинг скала, оценяваща определени поведения (от значение е това, че превес имат негативните прояви), изходяща от Клиника по детска психиатрия, може да се предположи, че „първичната“ информацията, която учителят „получава“ е че **вече** детето (следователно то **има** проблем и **ще има**) има проблем и това ще повлияе върху призмата, през която ще оцени детето, дори ако преди това, то не е било припознато като такова.



Фигура 13. Рейтингови оценки на учителите по използваните субскали при децата от масовата и клиничната извадка (в Т-оценки, базирани на дескриптивните характеристики в масовата извадка)

Интересен е и резултатът, отнасящ се до *Просоциалното поведение*, като най-ниските стойности според рейтинг оценките на родителите са при групата на децата с РП. С промените въведени в последната класификация на DSM темата за

¹¹ „Ефект на Пигмалион“ или „Ефект на Розентал“ – Р. Розентал и Л. Джейкъбсън са първите, които използват понятието, за да опишат ефекта от това как очакванията на учителите от техните ученици променят тяхното поведение. Изследването представлява експериментална манипулация на учителските очаквания, за да се оценят ефектите на очакванията им върху коефициента на интелигентност на учениците (на случаен принцип 20% от учениците от 18 възраст на учителите като показали забележителен потенциал за напредък и в резултат на това 8 месеца по-късно, учениците показват значително повишаване на резултатите от тест за интелигентност, за разлика от учениците, при които не е имало повишено учителско очакване.

просоциалното поведение и ограничените просоциални емоции става все по- актуална сред изследователите и в същото време сред практикуващите специалисти в областта на детското психично здраве и свързаните области. Данни от такива проучвания са илюстративни за по- ниското ниво на тези параметри от функционирането на децата/юношите (Frick, 2013; Pechorro, et al., 2015).

Пропосоциалното поведение предполага действия, които са в полза на другите или за тях, то включва споделяне, помощ, комфорт и защита на другите, както и свързаните с тях качества на доброжелателност и щедрост. Тези адаптивни поведения отразяват социално-емоционалната компетентност. Просоциалните действия, предизвикани от тревогата за другите, често са мотивирани от чувство на съпричастност / съчувствие и желание за облекчаване на страданието им.

Много често, при описанието на децата с поведенчески проблеми, родителите използват натоварени с вина определения от типа на „Той изобщо не се интересува от това какво на нас ни причинява с поведението си. Дори не се замисля, а камо ли да направи нещо за нас.“ (М. на 12г. момче с диагноза РП) или в начина, по който се гледа на негативните поведенчески прояви, особено когато същите са персистиращи и агравирани, се забелязва тенденциозно фиксиране върху самите актове и вредата от тях (върху другите хора, предмети и т.н.), и не се отчита случващото се със самото дете, неговите възможности и нужди. По този начин и проявите на просоциално поведение при децата с РП в повечето случаи остават negliжирани и подценени, с изключение на случаите, при които се регистрират наистина по- завишени нива на коравосърдечност и неемоционалност, които са пряко свързани с просоциалното поведение и просоциалните емоции.

Таблица 34. Стойности на d на Коен за размер на ефекта на учителските оценки при сравнение на данните за масовата извадка и децата в клиничната извадка

| Учителски оценки | Друга диагноза | РДВХ | РП | РДВХ & РП |
|-----------------------|----------------|-------|-------|-----------|
| РДВХ | -0,52 | -1,12 | -1,40 | -1,55 |
| ОпР | -0,50 | -0,38 | -1,00 | -1,29 |
| РП | -0,36 | -0,24 | -1,37 | -2,59 |
| Просоциално поведение | 0,38 | 0,35 | 1,01 | 0,78 |

Като цяло размерът на ефекта при учителските оценки е по-малък, в сравнение с тези на родителите, т.е. може да се приеме, че е налице по-слабо разграничаване на групите, включително и на масовата извадка от клиничните групи. Някои стойности са близо до ниските, други до средните по размер на. Данните за РДВХ скалата напр. са близки до децата с Други диагнози, с изключение на скалата за РДВХ. Единствената стойност, която в известна степен контрастира на останалите и се долижава до размера при родителската оценка е РП на учителя при коморбидната диагноза.

(2) Критерийна валидност – дискриминативни възможности на рйтинговите инструменти.

В контекста на индивидуалното психологично изследване данните за психометричните характеристики на приложения инструмент (надеждност и валидност) не са достатъчни за преценка на неговите качества, което налага осигуряване на информация относно това доколко той е полезен за определяне на принадлежността на индивида към определен група- „болен/здрав“, „със/без диагноза“ и т.н. Наличието на категориална оценка, базирана на независим критерий, позволява на резултатите да доведат до 2 верни и 2 неверни заключения. Съответно при положителен резултат от изследването бихме могли да говорим за положителен резултат - наличие на „болест“ (вярна положителна диагноза) или отсъствие на „болест“ (невярна положителна диагноза) или за отрицателен резултат- наличие на „болест“ (невярна отрицателна диагноза) или отсъствие на „болест“ (вярна отрицателна диагноза) (Калчев, П., 2013). Това води до разграничаване на следните основни параметри за оценка на метода на изследване:

- *сензитивност*- вероятност за правилна положителна диагноза, ако ИЛ страда от същата или относителният дял на ИЛ с положителен резултат от изследването спрямо всички болни лица (предполага идентифицираните правилно ИЛ да са преминали критичната точка);
- *специфичност*- вероятност за правилна отрицателна диагноза, ако ИЛ е здраво или пропорцията на здравите ИЛ с отрицателен резултат (резултат под критичната точка);
- позитивна и негативна прогностична стойност (сила)- положителната сила се отнася до вероятността човекът с положителен резултат от скрининга да има даден проблем, а отрицателната се определя от вероятността човекът с отрицателен резултат от скрининга да е „здрав“. Все пак, трябва да се има предвид, че показателите от подобни скринингови инструменти са силно повлияни от честотата на разпространение на съответното разстройство, като най- чувствителни са именно положителната и отрицателната прогностична стойност на теста.

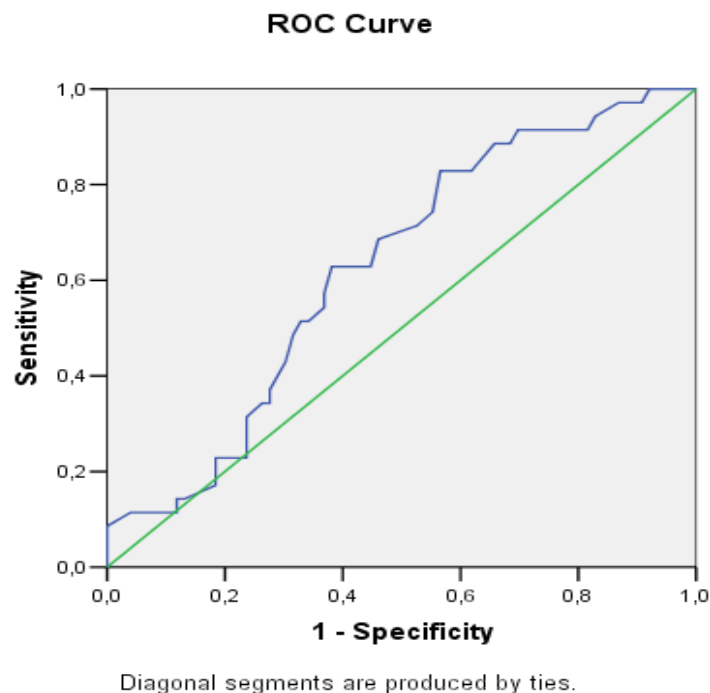
Инструментът, който се характеризира с точност в предвиждането, притежава възможности едновременно за висока сензитивност и специфичност с отрицателна връзка помежду им. Това означава, че понижаването на критичната точка или приемането на по- либерален критерий повишава сензитивността (ще улови по- голяма част от болните ИЛ), но понижава специфичността (увеличава се броят на здрави ИЛ, които неправилно са идентифицирани като болни). Респективно с повишаването на специфичността чрез приемане на по- рестриктивен критерий, ще се понижи сензитивността. При скрининговите инструменти се препоръчва да се греша по посока на неверните положителни диагнози или да се цели преди всичко по- високо равнище на сензитивност.

ROC- крива. Съотношението между сензитивността и специфичността на теста се определя от избраната критична точка за категоризиране на резултатите, т.е. двата

показателя зависят от коректно избраният критерий за праг на оценката. ROC-кривата (Receiver Operating Characteristic Curve) е друг показател, който дава информация за съотношението между сензитивността и специфичността на целия диапазон на възможни стойности на скалата. При построяването на ROC- кривата върху ординатата се нанасят показателите за сензитивност, а по абцисата за специфичност. Количествено възможностите на теста се оценяват чрез площта на ROC-кривата (“Area under the curve” -AUC) или „Площ под кривата” (ППК). За разлика от положителната и отрицателната прогностична сила показателят на кривата не е толкова чувствителен към честотата на разпространение на търсеното разстройство, но също така позволява сравняване на няколко скринингови метода помежду им. Изборът на критична точка за категоризиране на резултатите от теста зависи от целите на изследването, като отразява балансиран компромис между равнището на сензитивност и специфичност. По правило се избира точката, която е разположена най- близо до горния ляв ъгъл, който се характеризира със 100% сензитивност и специфичност. Този модел може да бъде приложен единствено към групата на клиничната извадка, тъй като за масовата извадка липсва четвъртата категория, т.е. колко от децата от масовата извадка, биха получили диагноза, ако се проведе диагностично изследване с тях.

Прогнозиране в клиничната извадка

Какви са възможностите идентифициране на деца/юноши с РДВХ в контекста на клиничната извадка или до колко приложението на тази скала са приложими в клиничен контекст, е илюстрирано на фигура 14.



Фигура 14. ROC-крива на Рейтинг скала за оценка на проблеми в поведението (форма родител) с фокус прогнозиране на РДВХ в клиничната група ИЛ

ППК за ROC-кривата от формата за родители е 0,627 с граници на доверителния интервал между 0,520 и 0,733. На база тази ППК може да се предположи, че възможностите за прогнозиране на това разстройство в клиничната извадка от гледна точка на родителя, като информант не са задоволителни и на практика скалата може да се използва в диагностичната работа, по- скоро на първо ниво, с цел първична оценка и идентифициране на децата в риск, които биха могли да бъдат обект на диагностични или други интервенции в детска психиатрия, но не и с очакването за разграничаване на конкретните разстройства. Не се отчита подобряване на възможностите на инструмента при включване и на останалите субскали.

Таблица 35. Разпределение на данните от Receiver Operating Characteristic Curve за прогнозиране на РДВХ в клиничната при **информант родител**

| Test Result Variable(s) | Area | Std. Error(a) | Asymptotic Sig.(b) | Asymptotic 95% Confidence Interval | |
|---------------------------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| РДВХ родител | ,652 | ,057 | ,015 | ,541 | ,762 |
| Невнимание - родител | ,629 | ,057 | ,039 | ,517 | ,741 |
| Хиперактивност - родител | ,654 | ,057 | ,014 | ,543 | ,765 |
| ОпР родител | ,466 | ,065 | ,591 | ,339 | ,594 |
| РП родител | ,529 | ,064 | ,648 | ,403 | ,654 |
| Просоциално поведение - родител | ,562 | ,061 | ,324 | ,442 | ,682 |

Подобни са стойностите, отнасящи се до възможностите за прогнозиране на РДВХ в клиничната група на формата за учители, които са представени в табличев вид по- долу.

Таблица 36. Разпределение на данните от Receiver Operating Characteristic Curve за прогнозиране на РДВХ в клиничната при **информант учител**

| Test Result Variable(s) | Area | Std. Error(a) | Asymptotic Sig.(b) | Asymptotic 95% Confidence Interval | |
|--------------------------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| РДВХ учител | ,602 | ,067 | ,154 | ,471 | ,732 |
| Невнимание - учител | ,593 | ,069 | ,191 | ,459 | ,728 |
| Хиперактивност – учител | ,600 | ,067 | ,159 | ,469 | ,731 |
| ОпР учител | ,504 | ,068 | ,953 | ,370 | ,638 |
| РП учител | ,503 | ,069 | ,963 | ,369 | ,638 |
| Просоциално поведение - учител | ,539 | ,070 | ,586 | ,401 | ,676 |

Най- големи са стойностите на ППК, отнасящи се до субскалата РДВХ, последвани от тези на Хиперактивност. Близостта на тези резултатите за ППК, както и припокриващите се точки на доверителните интервали, показва отсъствие на

статистически значимо различие, но трябва да се отчете и фактът, че РДВХ скалата е съставена от група айтеми, една част от които присъстват и в скали Хиперактивност и Невнимание, което би могло да обясни тези стойности.

Спрямо формата за родители, в това отношение не се отчитат съществени различия, но трябва да се отбележи, че долните граници на доверителните интервали тук са по-ниски, а самите интервали по-широки.

Във връзка с практическата приложимост на тези резултати, може да се обобщи, че формата за учители има своето място за целите на скрининг проучвания, когато трябва да се идентифицират децата в риск, но се препоръчва нейното приложение в комбинация с други инструменти и други информанти, а когато трябва да бъде прилагана в клиничен контекст, тя следва да бъде разглеждана като подпомагаща първоначалната ориентация, но не като определящ инструмент.

Ако приложим този модел към възможностите за прогнозиране на РП и ОпР от двете групи информанти, ще видим че ПКК при родителите е най-висока за показател ОпР, а за учителите за показател РП. Интерес представлява и това, че ПКК за Просоциално поведение и при двете групи респонденти е ниска, но при групата на родителите долната граница на доверителния интервал е значително под другите.

Таблица 37. Разпределение на данните от Receiver Operating Characteristic Curve за прогнозиране на РП и ОпР в клиничната при информант родител

| Test Result Variable(s) | Area | Std. Error(a) | Asymptotic Sig.(b) | Asymptotic 95% Confidence Interval | |
|---------------------------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| РДВХ родител | ,558 | ,072 | ,477 | ,417 | ,699 |
| Невнимание - родител | ,542 | ,081 | ,603 | ,384 | ,700 |
| Хиперактивност - родител | ,568 | ,072 | ,403 | ,426 | ,710 |
| ОпР родител | ,726 | ,063 | ,005 | ,604 | ,849 |
| РП родител | ,707 | ,065 | ,011 | ,580 | ,834 |
| Просоциално поведение - родител | ,435 | ,082 | ,425 | ,274 | ,597 |

От гледна точка на възможностите за диференциране на РП скалата или формата за учители има превес, но пък що се отнася до разграничаването на ОпР местата са разместени.

Таблица 38. Разпределение на данните от Receiver Operating Characteristic Curve за прогнозиране на РП и ОпР в клиничната при информант учител

| Test Result Variable(s) | Area | Std. Error(a) | Asymptotic Sig.(b) | Asymptotic 95% Confidence Interval | |
|--------------------------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------------|-------------|
| | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| РДВХ учител | ,669 | ,072 | ,045 | ,529 | ,809 |
| Невнимаине - учител | ,588 | ,071 | ,298 | ,448 | ,727 |
| Хиперактивност - учител | ,714 | ,064 | ,011 | ,588 | ,840 |
| ОпР учител | ,702 | ,077 | ,017 | ,551 | ,853 |
| РП учител | ,840 | ,051 | ,000 | ,740 | ,940 |
| Просоциално поведение - учител | ,332 | ,076 | ,047 | ,183 | ,482 |

Както показва и направеният литературен обзор, поведенческите прояви, свързани с разстройство на поведението и с опозиционното разстройство, в развитиен план много често преминават една в друга, допълват се и се обогатяват. Още повече, проследяването на деца с ранни прояви на ОпР, показва че чест от тях в юношеска възраст демонстрират достатъчно поведения за поставяне на диагноза РП.

Регистрирането на близки стойности за показателите РП и ОпР може да бъде обяснено и по този начин. От гледна точка на практическото приложение обаче, трябва да се мисли, че тези субскали и в двете форми (за родители и за учители) демонстрират различно ниво на сензитивност и специфичност, което означава че те биха могли да диференцират децата в риск в общата популация, но не могат да разграничат добре различните диагностични категории. Този резултат би могъл да се тълкува както по отношение на това, че е необходимо разработване на нова система за оценяване с цел подобрене на съотношението сензитивност-специфичност, така и по посока потвърждаване на нашата хипотеза, че приложението на рейтинг скали може да подпомогне клинициста в неговата диагностична работа, особено когато същите осигуряват информация от различни информанти, включително самите деца, но не могат да заменят неговата експертна оценка.

Обобщение и изводи

Както вече отбелязахме, Разстройството на поведението е най- често срещаното психично разстройство и една трета от децата, които са диагностицирани с него, по-късно в живота си на възрастни, са определени като хора с антисоциално разстройство на личността, а друга част от тях имат друго разстройство на личността, психиатрични и психосоциални проблеми (Simonoff, E.and all. 2004). Като предиктори за персистиращо антисоциално поведение, изявени в детска възраст, се посочват високите нива на агресия, хиперактивност, ранно начало и намаляване или липса на приятелски взаимоотношения. Други фактори, които са постулирани като медиатори или мост между детските прояви на антисоциално поведение и тези на възрастен човек, са групата от делинквентни връстници и прекалено ранния преход към живота на възрастен, какъвто може да се случи при прекратяване на образованието и др. В проучването на Simonoff и нейния екип те оценяват връзките или влиянието на характеристиките на поведението в детска възраст с и върху антисоциалното поведение в средата на живота на човек. Бивариантните анализи показват, че съвместно проявяващите се хиперактивност и разстройства на поведението в детска възраст са еднакво силно свързани както с по- ранните, така и с по-късните прояви на антисоциално разстройство на личността. Тези резултати отново показват, че независимо от промяната в разбирането на РДВХ, която е отразена в DSM-5, а именно сепарирането на това разстройство от поведенческите разстройства и включването му в т.нар. невроразвитийни разстройства, оценката на хиперактивното поведение следва да бъде включена при извършване на скринингови и същински изследвания за проблемни поведения и поведенчески разстройства. Само в извадката на Simonoff, при 14 от 104 (13%) участници с подпрагови оценки за хиперактивност и разстройство на поведението са регистрирани с антисоциално личностно разстройство в младежка и/или зряла възраст, в сравнение с 20 от 31 (65%) от тези, при които и двете нарушения присъстват (Simonoff, E.and all. 2004).

Базираните на доказателства изследвания са предназначени за създаване, разработване и идентифициране на стратегии и процедури за оценка, които почиват на емпирични доказателства. В специализираната литература могат да бъдат открити редица текстове, посветени на тази тема, в които се разглеждат възможностите за базирана на доказателства психологична оценка на познавателното, емоционалното и социалното функциониране на децата и юношите, както и на клиничните прояви в тези области на развитие, а направеният преглед показва, че въпреки многото разработки, остават под въпрос някои основни проблеми.

Към момента, все още не е развит „златен стандарт“ за оценка на проблемите или по- точно дисфункциите в детско-юношеска възраст, като това се отнася с еднаква сила както спрямо проблемите с поведението, така и спрямо тези, които касаят емоционалната страна на развитието. Наличието на нормативни данни, излизането от определените нормативни нива и същевременно приближаването до конкретна критична стойност, са вече застъпени в голяма част от използваните психологични

инструменти и използвани съвместно, те биха могли да позволят определяне на степента на отклонение или нивото на функциониране, но въпреки това отсъства общоприет стандарт (Kazdin, 2005).

Друга слабост, която се очертава е фактът, че на този етап от развитието на психодиагностичните инструменти, няма такъв, който използван самостоятелно, би могъл да даде достатъчно надеждна и сигурна информация относно определен клиничен проблем или както образно се изразяват някои автори „да улови и опознае“ проблема. Преодобяването на тази трудност в ежедневната практика се случва чрез едновременното приложение на няколко инструмента, оценяващи различни аспекти на целевия проблем (напр. трудно поведение, хиперактивност и т.н.), проявата му в различен контекст (различни информанти) и включването на други характеристики, които биха могли да го индуцират (или интензифицират), да се провокират (засилват) от него или просто да са негова изява (напр. недовършване на домашните задачи при детето с хиперактивност).

Следващата, очертаваща се слабост на психологичната оценка е свързана с това, че много често децата, които са оценявани в клиничен контекст, демонстрират поведения и възможности, които могат да бъдат отнесени към различни диагнози и позволяват да бъдат определени като деца с множествени нарушения (повдига се въпроса за коморбидността), но същевременно не покриват напълно критериите за нито една от тях. Задачата на специалиста е да определи диапазона на функциониране на детето, а не само степента на изява на проблема, като надскочи първоначално заявения проблем и да види детето в контекста на неговото развитие и житейска история, и в разнообразието от прояви (съответно проблеми). Или по- друг начин казано, фокусирането върху първоначалната заявка за оценка или най- изразената трудност, често не позволява идентифицирането на същинските затруднения в тяхната цялост и първопричинност- („Каквото повикало, такова се обадило.“- българска поговорка).

Всичко описано до тук намира израз и в следващото предизвикателство, пред което се изправяме в оценката на деца и юноши, а именно това, доколко оценяващите поведението или функционирането на детето/юношата (родител/и, учител/и, специалисти, самото дете и т.н.), са съгласни с получената оценка и/ или с оценката, дадена от някой от другите информанти. Подобни проблеми са често срещани и са дискутирани не веднъж (Achenbach, McConaughy,&Howell, 1987; Grills & Ollendick, 2002) и възможно решение е прилагането на т.нар. мултиинформативен подход, който е обект на изследване в настоящата дисертационна разработка. Различните перспективи на отделните информанти изискват внимателна интерпретация. В повечето случаи вниманието е насочено към конкретните резултати и откриването на клинични прояви, и оценяващия и неговата роля са подценени, въпреки че се разчита на информация, предоставена именно от него. Наличието на един информант, дори когато той попълва различни инструменти, по- скоро се свързва с получаване на близка, ако не и идентична оценка, което не обогатява същински представата на специалиста за детето и което още повече мотивира включването на повече лица- както познаващи детето/юношата, така и самия юноша, както е в нашето изследване.

От друга страна, всеки един специалист, работещ с деца и юноши, знае че симптомите или дефицитите, които се регистрират в хода на оценката или се съобщават от съответните информанти, не са идентични със случващото се в ежедневието на детето и с неговото адаптивно функциониране. Именно поради това, от значение е да бъде разгледана и тази страна от развитието на детето, която се отнася до неговите умения за самообслужване, адаптивни поведения, стратегии и за справяне и т.н. или да се прецени как установените в хода на изследването силни страни или трудности, намират изява в реалния живот.

Доброто психологичното изследване изисква да се вземат под внимание множество фактори, които повлияват достигането до определен резултат или т.нар. модератори, сред които се отличават възрастовите особености (напр. кризите на възрастта), вярванията и убежденията на индивида, свързани с неговата културална среда, религиозна и етническа принадлежност, и т.н. Интерпретацията на получените резултати следва да бъде разгледана в контекста именно на тези специфики, както и спрямо онова, което специалистът е заложил като цели и задачи на самата оценка, формулираните хипотези и начини за тяхната проверка.

Много въпроси могат да бъдат поставени около темата за психологичната оценка и нейната надеждност и изчерпателност. През последните години се наблюдава значително повишаване на интереса към психодиагностичната работа, като това неминуемо намира изява и в предлагането на все повече инструменти за оценка. Аналогоията, която предизиква това многообразие от въпросници, тестове и др. методи за оценяване, е отнесена към случващото се в полето на психотерапията, където още преди време се регистрира бум от течения, терапевтични модели и програми, наречен „големият взрив“ (Kazdin, 2000). Изобилието от предлагани инструменти, далеч не върви ръка за ръка с високо качество на същите и с основателна нужда от тях. Пазарът на психологични инструменти, независимо от сравнително високата цена на някои от тях, позволява улеснен достъп и съответно, въпреки заложените изисквания за определено ниво на компетентност от закупуващите ги и преминаване през определени обучения, води до увеличаване на риска от неправилно „идентифициране“ и „интерпретиране“ на дефицити или заруднения. Прилагането на няколко инструмента само частично би могло да намали този риск, но само тогава, когато специалистът може да разбере връзките между тях и да интегрира наученото по този начин в цялостната картина на функциониране и развитие на детето/юношата, която създава в рамките на динамичния процес на оценяване.

В опитите си за овладяване на потока от нови инструменти и ревизиране на вече съществуващи, специалистите в областта залагат все повече изисквания към техните психометрични характеристики. Едно от тях е насотвяването за валидизиране на инструмент с паралелно прилагане на друг, покриващ областта на изследване, а друго се отнася до разширяване на нормативните данни с възможно най-разнородни извадки от лица (не просто пол и възраст, но също така етнос, раса и др.). Това прави адаптирането им скъпо и продължително, дори безкрайно (Kazdin, 2005) и съответно

тези мерки не се прилагат или се прилагат изключително рядко и върху ограничен брой изследвани лица.

Що се отнася до клиничните инструменти или тези, които имат претенции за идентифициране на определени клинични проблеми или разстройства, то нещата стават още по-объркани. Самите разстройства, като диагностични единици, осигуряват на медицинските специалисти възможност за осмисляне и обсъждане на конкретен набор от клинични прояви или поведения, но това е само един от начините за представяне (обобщаване) на функционирането на детето и на неговите проблеми, и не бива да бъде разглеждан като изчерпателен и универсален. Този модел изисква съобразяване с определен набор от характеристики, комбинацията от които съответства на един или друг синдром например.

В психологичната практика осмислянето на резултатите от проведените диагностични оценки не налага и не бива да налага единствено тяхното адаптиране към модела на разстройствата или медицинският начин на дефиниране, тъй като той е обобщаващ и не позволява идентифициране на индивидуалните особености. Ако моделът на „разстройствата“ бъде определен като номотетичен, то моделът на психологична оценка би бил по-скоро идиографичен или търсец специфичните и уникални характеристики на отделния индивид. По този начин двата модела биха били допълващи се, а не взаимоизчерпващи се и това се вижда в нашата практика в клиниката, където психологичната, психиатричната и логопедичната оценка осигуряват различна информация за детето/юношата. На практика, разбирането на детето/юношата изисква не просто диференцирането на неговите затруднения и определянето на неговото актуално ниво на функциониране, но и разглеждане на тези данни в контекста на възрастта на детето, неговата среда, религия и т.н. Индивидуалните характеристики, отнасящи се до силните страни и трудностите на детето, са от голяма важност за последващите интервенции. При децата с поведенческо разстройство, например се отграничават около 32000 комбинации от симптоми, които отговарят на критериите за поставяне на диагнозата (Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E., 2005) и които комбинации имат значение, ако разкриват спецификите, характеризиращи самото дете и спрямо тях се организират терапевтичните стратегии.

Въпреки че в медицинските класификации и по – конкретно в DSM се призовава към отчитане на културната сензитивност в процеса на диагностициране, там не се посочва как конкретно това да се случва и както показва нашето проучване критериите за описаните разстройства се прилагат при деца и юноши от различни националности и култури (Gomez, 2008). Тази практика предполага, че е налице неизменност по отношение на съдържанието на отделните конструкти на съответните диагнози или еквивалентност на симптомите в различните страни и култури. През последните години, могат да бъдат прочетени все повече проучвания разглеждащи този проблем, като особено интересни са онези от тях, които засягат диагностични категории, които са широко дискутирани, каквито са т.нар. РДВХ и РП. През 2008 г. са публикувани резултатите от проучването на еквивалентността на симптомите на РДВХ при оценка от родители от две различни държави, с ясно преобладаващи култури, а именно

Австралия и Малайзия, или както авторите го определят, това е едно проучване оценяващо националната и културална еквивалентност на DSM-IV (Gomez, 2008).

По отношение на рейтинг скалите, използвани за оценка на РДВХ според критериите на DSM-IV, са налице категорични данни потвърждаващи като цяло тяхната добра конструктивна и предиктивна валидност (Burns, Walsh, & Gomez, 2003; DuPaul et al., 1998; DuPaul et al., 1997; Gomez, Burns, Walsh, & Hafetz, 2005; Gomez et al., 1999; Pillow, Pelham, Hoza, Molina, & Stutz, 1998; Power et al., 1998). Това до известна степен се отнася и до инструментите, оценяващи РП и ОпР, но както показват данните и от нашето поруване, същите са силно свързани в представите на оценителите и възможностите на препоръчваните скали, въпросници, интервюта и др. (самостоятелно прилагане) за диагностично диференциране са поставени под въпрос.

Един от позитивите на описаното в тази теза проучване е именно осигуряването на значително по-обстоен поглед към проблемите в поведението и в частност към техните клинични измерения в лицето на РДВХ, РП и ОпР. Изборът на инструменти, използвани в нашето изследване е обоснован от направения преглед на т.нар. доказани практики и стандарти, но същевременно е обединяващ клиничната и развитийната перспектива. Възможността за включване на три групи информанти и засичане на тези три различни гледни точки, отговаря на съвременните изисквания за мултиинформативна оценка, но в същото време (виж литературния обзор) само по себе си това е сравнително рядко като модел проучване. В голяма част от цитираните или обобщени изследвания, източниците на информация се ограничават до 2 информанта. От друга страна, въвеждането на оценка на субективното благополучие и на силните страни в поведението на децата, също е до голяма степен чуждо, както на клиничните проучвания, така и на емпиричните. На практика оценката, основаваща се на силните страни и възможности на децата, е сравнително нов подход при изследване на деца и юноши с проблеми в поведението. В началото на 90-те години в САЩ, множество от специалисти от сферата на образование и социални услуги започват да оспорват приемането и използване на подход за оценка, основан и подчинен на дефицита (Epstein, 1999) и повдигна въпроса за нуждата от алтернативни модели, които се фокусират върху това, в което децата (в това число влизат и юношите и младежите) и техните семейства са успешни. Тези инициативи са особено важни по отношение на грижата и услугите, които се оказват за децата с емоционални и поведенчески разстройства. Оценката на силните страни на емоциите и поведението е алтернатива на основаната на дефицита оценка, която е традиционно преобладаващо използваният подход към изследването, обикновено вземащ предвид дефицитите, проблемите и патологии във функционирането на децата (Damon, 2004; Harniss & Epstein, 2005; Jimerson et al., 2004; R. M. Lerner et al., 2000; Rashid & Ostermann, 2009; Snyder, Ritschel, Rand, & Berg, 2006; Tedeschi & Kilmer, 2005). "Оценката, базирана на силните страни, показва, че дори и най-трудните деца и най-стресираните семейства имат силни страни, компетенции и ресурси, върху които могат да бъдат изградени интервенционните програми." (Epstein, 1999, стр. 258). За тази цел, оценката, базирана на силните страни е определена като измерване на тези емоционални и поведенчески

умения, компетенции и характеристики, които създават усещане за лично постижение; допринасят за удовлетвореност във взаимоотношенията с членовете на семейството, връстниците и възрастните; повишаване на способността на човек да се справя с трудности и стрес; и насърчаване на личностното, социално и академично развитие (Epstein, 2004, стр. 4). Този подход към оценяване прилага т.нал. екологичен поглед върху различните житейски области и среда, в които си взаимодействат децата и техните семейства, в това число в социалната, здравната, психологичната, юридическата, образователната, семейната и др. сфери (Epstein, 1999).

В същото време, докато изследването на силните страни в областта на поведението и емоциите, е относително нов подход в рамките на диагностичната работа, то редица проучвания показват неговата приложимост и полезност по време на интервенции и лечения. Преди всичко, налице са доказателства, че всички деца, включително такива с функционални увреждания, имат своите силни страни в поведенчески и емоционален план в някои области на развитието (Barksdale, Azur & Daniels, 2010; Валтат, Мандел, Холден, & Сантяго, 2004). Следователно въвеждането на тези два инструмента (ССБВО и SDQ) в набора или инструментариума, прилаган при диагностичното изследване в клиниката, дава възможност не просто за оценка на определени конструкти, но за очертаване на по-реалистична (и същевременно прогностична) картина на детето/юношата, неговите възможности и нужди.

От друга страна, силните страни на децата и младежите могат също така да забавят отрицателното влияние на проблемите в психичното здраве, както посочват Oswald, Cohen, Best, Jenson и Lyons (2001), които установяват, че силните страни се асоциират с подкрепящата среда или рамка. В ежедневната си работа с родителите на деца с РДВХ, РП и ОпР, ние често сме изправени пред ситуации, в които споделеното за детето е със силно негативна конотация (или основно такава), и в него трудно може да бъде въведен позитивен елемент. Адекватната намеса на клинициста, независимо от това, че същият е възприеман като насочен предимно към „нездравото“, „нетипичното“ проявление в развитието и поведението на децата, предполага извеждане на позитивните страни в детето и в неговите родители. С въвеждането на инструменти, оценяващи силните страни и благополучието при децата, се позволява разчупване на отрицателния модел на възприемане на детето и проправяне на път към интервенции и съответно повлияване. Основаната на силните страни оценка може да позволи изместване на фокуса на интервенциите или терапията от елиминирането или намаляването на дефицитите към повишаване на положителните емоционални и поведенчески страни (Epstein et al., 2003). Потвърждение на тези наши наблюдения, могат да се намерят в данните от някои проучвания, които показват също така, че ако по време на интервенционния процес, децата и младежите са насърчавани в това да виждат своята компетентност и сила, те се чувстват по-мотивирани, а също така и техните родители (Cox, 2006; Epstein et al., 2003; LeBuffe & Shapiro, 2004). Анализът на ефективността на прилаганите програми показва, че юношите и младежите, които посещават занимания, използващи подход, базиран на техните силни страни, са склонни да пропуснат по-малко от часовете си, да участват по-активно и да

демонстрират по-високо ниво на удовлетвореност (включително и родителите), в сравнение с програми, основани на оценката на дефицита (Cox, 2006). Основаната на силните страни оценка изглежда също така, насърчава положителните краткосрочни очаквания сред училищните психолози (Donovan, S. A., & Nickerson, A. B., 2007) и по този начин позволява тяхното пълноценно ангажиране с децата. И накрая, съществуват доказателства, които дават основание да се мисли, че резултатите от лечението са по-добри, когато ангажираният с него лекар(или друг специалист), изхожда от основана на силните страни оценка, а не от такава, която идентифицира единствено дефицитите (Cox, 2006).

В заключение може да се отбележи, че представената в дисертацията новоконструирана скала за оценка на проблемите в поведението е разработена поради нуждата от подобен инструмент за целите на нашата практика, в първичната консултативна работа като скринингов инструмент, в процеса на същинската оценка, като възможност за осигуряване на информация от родителите и от учителите, и в хода подкрепящите интервенции за проследяване на терапевтичния ефект. В този смисъл нашият подход, отговаря на този, който Mash and Hunsley (2005) насърчават, а именно при създаването на психологични инструменти изходната точка да бъде нуждата от тях, в нейните конкретни измерения и анализ на достатъчно данни за тяхната надеждност и валидност. Изводите могат да бъдат обобщени както следва:

- Новоконструираната скала за оценка на поведението се отличава с добри психометрични характеристики по отношение на възможностите за разграничаване на децата с проблемно поведение в общата популация, което я прави подходяща за приложение в рамките на скрининга и първичната клинична помощ, като част от общ пакет от инструменти.
- В контекста на клиничната извадка изолираното приложение на един инструмент и един информант е свързано с по-ниски дискриминативни способности на включените в инструментариума скали, но при комбиниране на няколко информанта и няколко въпросника прогностичните възможности се повишават.
- Въвеждането на инструменти, осигуряващи различна гледна точка за поведението и функционирането на децата, подпомага процеса на психологична оценка и има своето място както в контекста на образователната система, така и в детско-юношеската психиатрична практика.
- В клиничната практика са налице редица особености, които трябва да бъдат взети под внимание при интерпретацията на резултатите- повод за консултацията и оценката, насочваща фигура, стигма, конфиденциалност, потенциал за разбиране и др.

Библиография

1. Калчев, П. (2011). Субективно благополучие и взаимоотношения в юношеска възраст. С.: Изток-Запад, 135,136 с.
2. Калчев, П. (2016). Оценка на психопатни черти в юношеска възраст. Част 1. Юношески въпросник за психопатни черти (YPI). София: Изток-Запад.
3. Калчев, П. (2017). Оценка на психопатни черти в юношеска възраст. Част 2. Коравосърдечност и неемоционалност. София: Изток-Запад.
4. Международна класификация на болестите, 10 ревизия (1998), глава V. Психични и поведенчески разстройства. София: Национален център за комплексно изследване на човека
5. Терзиев, Д., Полнарева, Н., Разстройства на поведението, Психиатрия, Психология и Психотерапия. Второ преработено издание, 2007г., Горекс прес
6. Полнарева, Н., Терзиев, Д., Аврамова, А. Диагностични проблеми на личностовите разстройства в детска възраст. Българско списание за психиатрия; 1 (1); 14-17
7. БАН. Институт за български език. Речник на българския език. <http://ibl.bas.bg/rbe/>
8. Abikoff H, Courtney M, Pelham WE, Koplewicz HS. Teachers' rating of disruptive behaviors: The influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1993; 21:519–533. [PubMed]
9. Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull*. 1987;101(2):213–232
10. Achenbach, T. M. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
11. Achenbach, T. M. (1991b). Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
12. Achenbach, T. M., & McConaughy, S. H. (1996). Relations between DSM-IV and empiricallybased assessment. *School Psychology Review*, 25, 329-341
13. Achenbach, T.M. (2006). As others see us: Clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 94-98. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00414.x

14. Achenbach, T.M., Krukowski, R.A., Dumenci, L., & Ivanova, M.Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, *131*, 361-382. doi: 10.1037/0033-2909.131.3.361
15. Achkova M., Manolova, H., Diagnosis „Autism“- from Kanner and Asperger to DSM-5, *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*, 2014, 2: 112-118
16. ADHD and Coexisting Conditions: Disruptive Behavior Disorders (WWK 5B), Updated 2008, Feb, Staff Writer, Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD)
17. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder 2007;46(7):894Y921
18. Agency for Healthcare research and Quality, The National Guideline Clearing house™, Date Released- 2009 Dec (revised 2012 Mar), Guideline Summary NGC-9418, Guideline Title Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in school-age children and adolescents 2012 clinical practice guideline.
19. Agency for Healthcare research and Quality, The National Guideline Clearinghouse™, Date Released, 2006 Jul (revised 2013 Mar), Guideline Summary NGC-9747 Guideline Title, Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management.
20. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. (2013) APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_-to_DSM-5%20(1).pdf www.psychiatry.org.
21. Archer, R. P., Tirrell, C. A., & Elkins, D. E. (2001). An evaluation of an MMPI-A short form: implications for adaptive testing. *Journal for Personality Assessment*, *76*, 76-89.
22. Andershed, H., Kerr, M., Stattin, H., & Levander, S. (2002). Psychopathic traits in non-referred youths: Initial test of a new assessment tool. In E. S. Blaauw (Ed.), *Psychopaths: Current international perspectives* (pp. 131–158).
23. Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness* (2nd ed.). East Sussex, England: Routledge.

24. Arman, S., Karbasi Amel, A., Maracy, M.R. Comparison of parent adolescent scores on Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Res Med Sci.* 2013 Jun; 18(6): 501–505
25. August, G. J., et al. A 10-year randomized controlled trial of the Early Risers Conduct Problems Preventive Intervention: Effects on externalizing and internalizing in late high school. (2913) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
26. Aylward, Glen P. *Practitioner's Guide to Behavioral Problems in Children*, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield. Illinois, 2003
27. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K: Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004, 45: 195-211. 10.1111/j.1469-7610.2004.00214.x.
28. Barksdale, C. L., Azur, M., & Daniels, A. M. (2010). Behavioral and emotional strengths among youth in systems of care and the effect of race/ethnicity. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 18(4), 236-246
29. Barry, T. D., Barry, C. T., Deming, A. M., & Lochman, J. E. (2008). Stability of psychopathic characteristics in childhood: The influence of social relationships. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 244-262.
30. Barry, C. T., Frick, P. J., Golmaryami, F. N., & Rivera-Hudson, N. (2013). Evidence-based assessment of Conduct Disorder: Current considerations and preparation for DSM-5. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1) 56-63. Doi: 10.1037/a0029202-.
31. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13(Suppl 2):II17–24. [PubMed]
32. Bidaut-Russell, M., Reich, W., Cottler, L. B., Robins, L. N., Compton, W. M., & Mattison, R. E. (1995). The Diagnostic Interview Schedule for Children (PC-DISC v.3.0): Parents and adolescents suggest reasons for expecting discrepant answers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 641–659. doi:10.1007/BF01447667.
33. Ben-Arieh 2006- Ben-Arieh, A. (2006). Is the study of the “State of our children” changing? Re-visiting after 5 years. *Children and Youth Services*, 28, 799–811.

34. Boden JM1, Fergusson DM, Horwood LJ. Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2010 Nov; 49(11):1125-33.
35. Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 168-189. doi: 10.1002/da.20670
36. Burke JD, Loeber R, Lahey BB, Rathouz PJ. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(11):1200–1210. [PubMed]
37. Burns, G. L., Walsh, J. A., & Gomez, R. (2003). Convergent and discriminant validity of trait and source effects in ADHD-inattention and hyperactivity/impulsivity measures across a 3-month interval. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 529-541.
38. Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues* (2nd ed.). New York: Guilford.
39. Caron, A., Catron, T., Gallop, R. (2013) An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court referred adolescents with serious conduct problems.“ *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
40. Chang, L., McBride-Chang, C., Stewart, S. M., & Au, E. (2003). Life satisfaction, self-concept, and family relations in Chinese adolescents and children. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 182–189
41. Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Personality & Individual Differences*, 34, 921–942.
42. Connor DF1 , Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of developmental and Behavioral Pediatrics*, 2010, Jun;31(5):427-440
43. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH (2002), Psychopharmacology and aggression: I. A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:253Y261
44. Connor DF (2002), *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York: The Guilford Press

45. Corcoran K, Fischer J. Measures for Clinical Practice: A Sourcebook, 3rd ed, Vol I. New York, Free Press, 2000:pp.3–62.Ten-Year Review of Rating Scales, VII: Scales Assessing Functional Impairment.
46. Cox, K. F. (2006). Investigating the impact of strength-based assessment on youth with emotional or behavioral disorders. *Journal of Child & Family Studies*, 15(3), 278-292.
47. Csikszentmihalyi, M., & Hunter, J. (2003). Happiness in everyday life: The uses of experience sampling. *Journal of Happiness Studies*, 4, 185–199
48. Damon, W. (2004). What is positive youth development? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13-24.
49. Demir, M., & Weitekamp, L. A. (2007). I am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 181–211
50. DeLisi, M. (2016). Psychopathy and the LifeCourse. In: *Psychopathy as Unified Theory of Crime* (97-132). Palgrave Macmillan US: Springer.
51. De Los Reyes, An. Multi-informant approaches to mental health assessment Using multiple informants' reports to personalize patient care, 2017
52. De Los Reyes, A. (2011). Introduction to the special section. More than measurement error: Discovering meaning behind informant discrepancies in clinical assessments of children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 1-9. doi: 10.1080/15374416.2011.533405
53. De Los Reyes, A. (2013). Strategic objectives for improving understanding of informant discrepancies in developmental psychopathology research. *Development and Psychopathology*, 25, 669-682. doi: 10.1017/S0954579413000096
54. De Los Reyes, A., Bunnell, B.E., & Beidel, D.C. (2013). Informant discrepancies in adult social anxiety disorder assessments: Links with contextual variations in observed behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 376-386. doi: 10.1037/a0031150
55. De Los Reyes, A., Henry, D.B., Tolan, P.H., & Wakschlag, L.S. (2009). Linking informant discrepancies to observed variations in young children's disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 637-652. doi: 10.1007/s10802-009-9307-3
56. De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical

- framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509. doi: 10.1037/0033-2909.131.4.483
57. De Los Reyes, A., & Kazdin, A.E. (2006). Conceptualizing changes in behavior in intervention research: The range of possible changes model. *Psychological Review*, 113, 554-583. doi: 10.1037/0033-295X.113.3.554
58. De Los Reyes, A., Kundery, S.M.A., & Wang, M. (2011). The end of the primary outcome measure: A research agenda for constructing its replacement. *Clinical Psychology Review*, 31, 829-838. doi: 10.1016/j.cpr.2011.03.011
59. De Los Reyes, A., Thomas, S.A., Goodman, K.L., & Kundery, S.M.A. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 123-149. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617
60. Del Boca FK, Noll JA. Truth or consequences: the validity of self-report data in health services research on addictions. *Addiction* 2000;95(Suppl 3):347-360.
61. Donovan, S. A., & Nickerson, A. B. (2007). Strength-based versus traditional social-emotional reports: Impact on multidisciplinary team members' perceptions. *Behavioral Disorders*, 32(4), 228-237.
62. DuPaul, G. J. (2003). Assessment of ADHD symptoms: Comment on Gomez et al. (2003). *Psychological Assessment*, 15, 115-117.
63. DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., McGoey, K. E., & Ikeda, M. J. (1998). Parent ratings of ADHD symptoms: Factor structure, normative data, and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 83-102.
64. DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., McGoey, K. E., & Ikeda, M. J. (1997). Teacher ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-444.
65. Dunn, J. (2004). *Children's friendships: The beginnings of intimacy*. Victoria, Australia: Blackwell Publishing.).
66. Dwivedi, K., & Harper, P. (2004). *Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health: A handbook*, London: Jessica Kingsley Publishers
67. Earls, F, Mezzacappa, E. Conduct and oppositional disorders. in: M Rutter, E Taylor (Eds.) *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 4th ed. Blackwell Science, Oxford; 2002:419-436.

68. Epstein, M. H. (1998). Assessing the emotional and behavioral strengths of children. *Reclaiming Children and Youth*, 6(4), 250-252.
69. Epstein, M. H. (1999). The development and validation of a scale to assess the emotional and behavioral strengths of children and adolescents. *Remedial and Special Education*, 20(5), 258-262.
70. Epstein, M. H. (2000). The Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment. *Diagnostique*, 25(3), 249-256.
71. Epstein, M. H. (2004). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment* (2nd ed.). Austin, TX: PRO-Ed.
72. Epstein, M. H., Dakan, E., Oswald, D. P., & Yoe, J. T. (2001). Using strengths-based data to evaluate children's mental health programs. In M. Hernandez, & S. Hodges (Eds.), *Developing outcome strategies in child mental health* (pp. 153-166). Baltimore, MD: Brookes.
73. Epstein, M. H., Harniss, M. K., Pearson, N., & Ryser, G. (1999). The Behavioral and Emotional Rating Scale: Test-retest and inter-rater reliability. *Journal of Child & Family Studies*, 8(3), 319-327.
74. Epstein, M. H., Harniss, M. K., Robbins, V., Wheeler, L., Cyrulik, S., Kriz, M., & Nelson, J. R. (2003). Strength-based approaches to assessment in schools. In M. D. Weist, S. W. Evans, & N. A. Lever (Eds.), *Handbook of school mental health: Advancing practice and research* (pp. 283-299). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
75. Epstein, M. H., Hertzog, M. A., & Reid, R. (2001). The Behavioral and Emotional Rating Scale: Long term test-retest reliability. *Behavioral Disorders*, 26(4), 314-320.
76. Epstein, M. H., Mooney, P., Ryser, G., & Pierce, C. D. (2004). Validity and reliability of the Behavioral and Emotional Rating Scale (2nd edition): Youth rating scale. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 358-367.
77. Epstein, M. H., Ryser, G., & Pearson, N. (2002). Standardization of the Behavioral and Emotional Rating Scale: Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(2), 208-216.
78. Epstein, M. H., & Sharma, J. (1998). *Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment*. Austin, TX: PRO-Ed
79. Fanti, K., Demetriou, Ch., Kimonis, E. (2013). Variants of Callous-Unemotional Conduct Problems in a Community Sample of Adolescents *J Youth Adolescence*

80. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K: Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Child Psychol.* 2002, 30: 463-475. 10.1023/A:1019864813776.
81. Frick PJ, Moffitt TE (2010) A proposal to the DSM-V Childhood Disorders and the ADHD and Disruptive Behavior Disorders Work Groups to include a specifier to the Diagnosis of Conduct Disorder based on the presence of Callous–unemotional Traits. American Psychiatric Association, USA, pp 1–36.
82. Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140(1) 1-57.
83. Frick, P. J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 59–72.
84. Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for the development of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359–375.
85. Furnham, A., & Cheng, H. (2000b). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Society of Psychiatric Epidemiology*, 35, 463–470.).
86. Giannakopoulos, G., Dimitrakaki, Ch., Papadopoulou, K., Tzavara, Ch., Kolaitis, G., Ravens-Sieberer, U., Tountas, Y. Reliability and validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Greek adolescents and their parents. Vol.5, No.11, 1774-1783 (2013) *Health* <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.511239>
87. Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101–131. doi:10.1037/0033-295X.113.1.101.
88. Greene, A. L. (1990). Patterns of affectivity in the transition to adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 50, 340–356
89. Goodman R. Psychometric properties of the SDQ. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:1137–45.
90. Goldman RS, Robinson D, Grube BS, Hanks RA, Putnam K, Walder DJ, Kane JM. General psychiatric symptoms measures. In: *Handbook of psychiatric measures.* American Psychiatric Association 2000.

91. Gomez, Rapson Invariance of Parent Ratings of the ADHD Symptoms in Australian and Malaysian, and North European Australian and Malay Malaysia Children A Mean and Covariance Structures Analysis Approach, *Journal of Attention Disorders* 12(5):422-33 · April 2008
92. Hare RD. Technical manual for the Revised Psychopathy Checklist. 2nd Multi-Health Systems; North Tonawanda, NY: 2003.
93. Harry, J. (1976). Evolving sources of happiness for men over the life cycle: A structural analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 289–296.).
94. Harniss, M. K., & Epstein, M. H. (2005). Strength-based assessment in children's mental health. In M. H. Epstein, K. Kutash & A. J. Duchnowski (Eds.), *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families. Programs and evaluation best practices* (2nd ed., pp. 125-141). Austin, TX: PRO-ed.
95. Hartley, A.G., Zakriski, A.L., & Wright, J.C. (2011). Probing the depths of informant discrepancies: Contextual influences on divergence and convergence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 54-66. doi: 10.1080/15374416.2011.533404
96. Hawes DJ, Dadds MR. Stability and malleability of callous-unemotional traits during treatment for childhood conduct problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007 Jul-Sep;36(3):347-55.
97. Holder, M. D., & Coleman, B. (2007). The contribution of temperament, popularity, and physical appearance to children's happiness. *Journal of Happiness Studies*
98. Hoskins, D. H. Consequences of Parenting on Adolescent Outcomes. *Societies* 2014, 4, 506–531; doi:10.3390/soc4030506
99. Institut national de la santé et de la recherche médicale, «Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent», Éditions Inserm, Septembre 2005, 428 pages, ISBN 2-85598-846-2
100. Jackson DA, King AR. Gender differences in the effects of oppositional behavior on teacher ratings of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004;32(2):215–224. [PubMed]
101. Jessor, R., Donovan, J.E., Costa, F.M. *Beyond adolescence: Problem behavior*. NY: Cambridge University Press (1991)

102. Kerr, M.; Stattin, H. What parents know, how they know it, and several forms of adolescents adjustment: Further evidence for a reinterpretation of monitoring. *Dev. Psychol.* 2000, 36, 366–380.
103. Kerr, D. C. R., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48, 967–975. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01776.x
104. Kessler RC, Wittchen H-A, Abelson J, Shanyang Z. Methodological issues in assessing psychiatric disorders with self-reports. In: *The science of self-report: implications for research and practice*. Lawrence Erlbaum Associates, NJ, 2000:pp.229-255
105. Kimonis, E., Frick, P., Skeem, J., Marsee, M., Cruise, K., Munoz, L., Aucoin, K., & Morris, A. (2008). Assessing callous–unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous–Unemotional Traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 241–252.
106. Koskelainen, M., Sourander, A., Kaljonen, A. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, volume 9, 277-284
107. Kraemer, H.C., Measelle, J.R., Ablow, J.C., Essex, M.J., Boyce, W.T., & Kupfer, D.J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1566-1577. doi: 10.1176/appi.ajp.160.9.1566
108. LeBuffe, P. A., Shapiro, V. B., & Naglieri, J. A. (2009). *Devereux Student Strengths Assessment*. Lewisville, NC: Kaplan Press.
109. LeBuffe, P. A., & Shapiro, V. B. (2004). Lending “strength” to the assessment of preschool socialemotional health. *The California School Psychologist*, 9, 51-61.
110. Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y., & Bowers, E. P. (2009). Positive youth development. In R. M.
111. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Vol 1*. (3rd ed., pp. 524-559). Hoboken, NJ: Wiley.

112. Lerner, R. M. (2001). Promoting promotion in the development of prevention science. *Applied Developmental Science*, 5(4), 254-257.
113. Lerner, R. M. (2009). The positive youth development perspective: Theoretical and empirical bases of a strengths based approach to adolescent development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 149-163). New York, NY: Oxford University Press.
114. Lerner, R. M., Abo-Zena, M. M., Bebiroglu, N., Brittan, A., Lynch, A. D., & Issac, S. S. (2009). Positive youth development. Contemporary theoretical perspectives. In R. J. DiClemente, J. S. Santelli & R. A. Grosby (Eds.), *Adolescent health. Understanding and preventing risk behaviors.* (pp. 116-128). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
115. Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development. A view of the issues. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 10-16.
116. Lerner, R. M., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., Gestsdóttir, S., & DeSouza, L. (2012). Promoting positive youth development in the face of contextual changes and challenges: The roles of individual strengths and ecological assets. *New Directions for Youth Development*, 135, 119-128.
117. Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000). Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development*, 71(1), 11-20.
118. Lerner, R. M., Lerner, J. V., Bowers, E. P., Lewin-Bizan, S., Gestsdottir, S., & Urban, J. B. (2011). Self-regulation processes and thriving in childhood and adolescence: A view of the issues. *New Directions for Child & Adolescent Development*, 133, 1-9.
119. Lerner, R. M., Lerner, J. V., von Eye, A., Bowers, E. P., & Lewin-Bizan, S. (2011). Individual and contextual bases of thriving in adolescence: A view of the issues. *Journal of Adolescence*, 34(6), 1107-1114
120. Leistico A, Salekin R, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*. 2008;32:28–45
121. Li JB, Delvecchio E., Di Riso D., Lis A., Salcuni S. Early Evidence of the Italian Parent-Report Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-P). *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017 Apr;48(2):335-345. doi: 10.1007/s10578-016-0646-3.

122. Lisanne L. Stone, Roy Otten, Rutger C. M. E. Engels, Ad A. Vermulst, and Jan M. A. M. Janssens. Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010 Sep; 13(3): 254–274. Published online 2010 Jun 30. doi: 10.1007/s10567-010-0071-2
123. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000 Dec;39(12):1468-84.
124. Love, A. B. The relations between subjective well-being, psychopathy, and the neo big five personality traits. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts. The university of british columbia (okanagan) november, 2010, file:///C:/Users/cab-2/Downloads/ubc_2011_spring_love_ashley.pdf
125. Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78, 363–404
126. Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855
127. Manolova, H. Editorial: Neurodevelopmental Disorders and Importance of Early Assessment and Early intervention. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*, Special Issue: Neurodevelopmental Disorders and Importance of Early Assessment and Early intervention, 5 (4): 100-101, 2018
128. Manolova, H. Separation from family and consequences on children`s mental development- case presentation. “East West” Association for Advanced studies and Higher Education GmbH, Vienna (2015), 1:158-165
129. Manolova, H., Hristova, M., Stancheva, V. Prevention of violence at school-good practice from Bulgaia. DEAPS, Zlatibor, (2016)
130. McGregor, I., McAdams, D. P., & Little, B. R. (2006). Personal projects, life stories, and happiness: On being true to traits. *Journal of Research in Personality*, 40, 551–572.
131. Mental health of young people in Australia. National Survey of Mental Health and Wellbeing - First reliable, national information on the burden of mental illness

- in children and adolescents aged 4 to 17. (2000)
<http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf>
132. Miller, L., Martinez, Y., Shumka, E., Baker, H. Accord des multiples répondants relativement aux notations des enfants, des parents et des enseignants sur l'anxiété des enfants dans des échantillons communautaires. *Can J Psychiatry*. 2014 Jan; 59(1): 34–39. doi: 10.1177/070674371405900107
 133. Muñoz and Frick 2007-Muñoz, L. C., & Frick, P. J. (2007). The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the Antisocial Process Screening Device. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 299–312.
 134. Misès, R., Bursztejn, C., Botbol, M., Coincon, Y., Durand, B., Garrabe, C., Garret-Gloanec, N., Golse, B., Portelli, C., Raynaud, J.-P., Schmit, G., Thevenot, J.-P. Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10 - 19/09/12 Doi : 10.1016/j.neurenf.2012.05.578
 135. Myers K, Winters NC. Ten-year review of rating scales. I: Overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(2):114-122
 136. Moffitt, T. E., Arseneault, L., Jaffee, S. R., Kim-Cohen, J., Koenen, K. C., Odgers, C. L., et al. (2007). Research review: DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49, 3–33
 137. MENTAL HEALTH OF YOUNG PEOPLE IN AUSTRALIA, Depressive disorder, conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder, Page last updated: October 2000
 138. Nangle, D. W., Erdley, C. A., Newman, J. E., Mason, C. A., & Carpenter, E. M. (2003). Popularity, friendship quantity, and friendship quality: Interactive influences on children's loneliness and depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 546–555.).
 139. NICE. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management Clinical guideline Published: 27 March 2013 nice.org.uk/guidance/cg158
 140. Oswald, D. P., Cohen, R., Best, A. M., Jenson, C. E., & Lyons, J. S. (2001). Child strengths and the level of care for children with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 9(3), 192-199

141. Pappas, D. ADHD Rating Scale-IV: Checklists, Norms, and Clinical Interpretation. *Journal of Psychoeducational Assessment*, v24 n2 p172-178 2006
142. Pardini D, Obradovic J, Loeber R. Interpersonal callousness, hyperactivity/impulsivity, inattention, and conduct problems as precursors to delinquency persistence in boys: A comparison of three grade-based cohorts. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006;35(1):46–59
143. Pechorro, P., Jiménez, L., Hidalgo, V., Nunes, C., The DSM-5 Limited Prosocial Emotions subtype of Conduct Disorder in incarcerated male and female juvenile delinquents. *International Journal of Law and Psychiatry* 39 (2015) 77–82
144. Pincus HA, Rush AJ, First MB, McQueen LE. *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association 2000:p. xxiii.
145. Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook JS. Social phobia and the persistence of conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000 Jul;41(5):657-65.
146. Porot, A. *Manuel alphabétique de psychiatrie*, 7^e edition. (Relié – 1996) PUF, Paris, ISBN: 978-2-13-047148-6
147. Power, Thomas J.; Doherty, Brian J.; Panichelli-Mindel, Susan; Karustis, James L.; Eiraldi, Ricaro B.; Anastopoulos, Arthur D.; and DuPaul, George J., "The predictive validity of parent and teacher reports of ADHD symptoms" (1998). PCOM Scholarly Papers. Paper 810. http://digitalcommons.pcom.edu/scholarly_papers/810
148. Rashid, T., & Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 488-498.
149. Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485–499. doi:10.1037/0033-2909.112.3.485
150. Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A. The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2002 Mar;43(3):365-73.
151. Sanislow, C.A., Pine, D.S., Quinn, K.J., Kozak, M.J., Garvey, M.A., Heihsen, R.K., Wang, P.S., & Cuthbert, B.N. (2010). Developing constructs for psychopathology research: Research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 631-639. doi: 10.1037/a0020909

152. Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM, Schell AM, Swanson JM, Homer LD: A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007, 46: 601-610. 10.1097/chi.0b013e318033ff59.
153. Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J., Pickles, A., Murray, R., Rutter, M. Predictors of antisocial personality Continuities from childhood to adult life Continuities from childhood to adult life, *British Journal of Psychiatry* (2004), 184, 118 - 127
154. Slee, P. T., & Rigby, K. (1993). Australian school children's self appraisal of interpersonal relations. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 273–282
155. Snyder, C. R., Ritschel, L. A., Rand, K. L., & Berg, C. J. (2006). Balancing psychological assessments: Including strengths and hope in client reports. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 33-46.
156. Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM. Issues in the assessment and diagnosis of anxiety disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(4):453–478
157. Schultz, D., Izard, C. E., & Bear, G. G. (2004). Emotionality, emotion information processing, and aggression. *Development and Psychopathology*, 16, 371–387.)
158. Smetana, J.; Crean, H.F.; Daddis, C. Family processes and problem behaviors in middle-class African American adolescents. *J. Res. Adolesc*. 2002, 12, 275–304.
159. Sokolova, E., Groot, P., Claassen, T., J. van Hulzen, K., C. Glennon, J., Franke, B., Heskes, T., Buitelaar, J. Statistical Evidence Suggests that Inattention Drives Hyperactivity/Impulsivity in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Published: October 21, 2016 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165120>
160. Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemela S, Elonheimo H, Ristkari T, et al: Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish From a Boy to a Man study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007, 46: 1148-1161. 10.1097/chi.0b013e31809861e9.
161. Steiner H (2002), Disruptive behavior disorders. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII. Volume 2*, Kaplan HI, Sadock BJ, eds. New York: Williams & Wilkins, pp 2693Y2703

162. Steiner H (2004), Handbook of Mental Health Interventions in Children and Adolescents: An Integrated Developmental Approach. San Francisco: Jossey-Bass
163. Steiner H, Karnik N (2004), Child or adolescent antisocial behavior. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry/VIII, Volume 2, Sadock BJ, Sadock VA, eds. New York: Williams & Wilkins
164. Steiner H, Petersen M, Saxena K, Ford S, Matthews Z (2003), A randomized clinical trial of divalproex sodium in conduct disorders. *J Clin Psychiatry* 64:1183Y1191
165. Steiner H, Saxena K, Chang K (2003), Psychopharmacological strategies for the treatment of aggression in youth. *CNS Spectr* 8:298Y308
166. Steiner H (1999), Disruptive behavior disorders. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry/VII, Volume 2, Kaplan HI, Sadock BJ, eds. New York: Williams & Wilkins, pp 2693Y2703
167. Steiner H., Remsing, L.(Principal Authors) The Work Group on Quality Issues Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Oppositional Defiant Disorder 2007;46(1):126Y141
168. Tannock R (2000), Attention deficit disorders with anxiety disorders. In: Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults, Brown TE, ed. New York: American Psychiatric Press, pp 125Y175
169. Tannock R (2002), Cognitive correlates of ADHD. In: Attention Deficit Hyperactivity Disorder: State of the Science. Best Practices, Jensen PS Cooper JR , eds. Kingston, NJ: Civic Research Institute, pp8-1Y8-27
170. Tedeschi, R. G., & Kilmer, R. P. (2005). Assessing strengths, resilience, and growth to guide clinical interventions. *Professional Psychology: Research & Practice*, 36(3), 230-237.
171. Tehrani-doost M, Shahrivar Z, Pakbaz B, Rezaie A, Ahmadi F. Validity of Persian version of SDQ. *Adv Cogn Sci.* 2007;8:33–9
172. Turi E, Gervai J, Áspán N, Halász J, Nagy P, Gádoros J. Validation of the Hungarian version of the Strengths and Difficulties Questionnaire in an adolescent clinical population. *Psychiatr Hung.* 2013;28(2):165-79
173. Zarin DA. Considerations in choosing, Using and interpreting a measure for a particular clinical context. In: Handbook of psychiatric measures. American Psychiatric Association 2000:p. 15.

174. Young, R. M. R., & Bradley, M. T. (1998). Social withdrawal: Self-efficacy, happiness, and popularity in introverted and extroverted adolescents. *Canadian Journal of School Psychology, 14*, 21–35
175. van Baardewijk, Y., Vermeiren, R., Stegge, H., Doreleijers, T. Self-Reported Psychopathic Traits in Children: Their Stability and Concurrent and Prospective Association with Conduct Problems and Aggression *J Psychopathol Behav Assess* (2011) 33:236–245 DOI 10.1007/s10862-010-9215-4
176. Wakschlag, L. S., Leventhal, B. L., & Thomas, B. (2007a). Disruptive behavior disorders and ADHD in preschool children: Characterizing heterotypic continuities for a developmentally informed nosology for DSM-V. In W. Narrow, M. First, P. Sirovatka & D. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*, pp. 243–258. Arlington: American Psychiatric Association.
177. Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Hill, C., Danis, B., Keenan, K., et al. (2007b). A developmental framework for distinguishing disruptive behavior from normative misbehavior in preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 48*, 976–987. doi:10.1111/j.1469- 7610.2007.01786.x.
178. Wakschlag, L. S., Hill, C., Carter, A. S., Danis, B., Egger, H. L., Keenan, K., et al. (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior. Part I. Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47*, 622–631. doi:10.1097/CHI.0b013e31816c5bdb.
179. Wakschlag, L. S., & Keenan, K. (2001). Clinical significance and correlates of disruptive behavior symptoms in environmentally at-risk preschoolers. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 262–275. doi:10.1207/S15374424JCCP3002_13.
180. Walrath, C. M., Mandell, D. S., Holden, E. W., & Santiago, R. L. (2004). Assessing the strengths of children referred for community-based mental health services. *Mental Health Services Research, 6*(1), 1-8.
181. Weisz, J.R., Jensen Doss, A., & Hawley, K.M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology, 56*, 337-363. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141449
182. Willoughby, M.T., Mills-Koonce, W.R., Waschbusch, D.A., Gottfredson, N.C. (2015). An Examination of the Parent Report Version of the Inventory of Callous-

Unemotional Traits in a Community Sample of First-Grade Children. *Assessment*, 22(1), 76-85. doi: 10.1177/1073191114534886

183. Walker-Barnes CJ, Mason CA (2001), Ethnic differences in the effect of parenting on gang involvement and gang delinquency: a longitudinal, hierarchical linear modeling perspective. *Child Dev* 72:1814Y1831

Приложения



Уважаеми колеги,

В рамките на проучване за докторска теза, насочено към подбор и изработване на инструментариум за оценка на поведенчески проблеми в ранна юношеска възраст, е необходимо вашето съдействие за събиране на данни за т.нар. нормативна извадка.

Цел: проучване на възможностите за клинично приложение на въпросници за оценка на поведението и субективното благополучие.

Целеви групи: ученици от 5 и 6 клас (клинична извадка и нормативна извадка)

Въпросници:

1. 3 броя самооценъчни скали за самите **ученици**- попълват се самостоятелно в час на класния ръководител.
2. 2 скали, попълвани от **родител**- въпросниците се раздават на децата, които са помолени да ги предадат на родителите си и след това се събират от учителите.
3. 2 скали, попълвани от **учител**- Учителят попълва въпросници само за първите 10 деца от класа (по списъка на класа), за който отговаря, независимо дали същите ученици са попълнили своите въпросници.

Участието е доброволно и информацията от него ще бъде използвана единствено с научна цел.

Тъй като източниците, от които се събира информация са няколко и в отговорите им се търси определена корелация, са необходими имената на конкретните деца. Същите няма да бъдат предоставяни на никого и индивидуалните протоколи няма да бъдат обсъждани с представител на училището или друга институция.

Благодаря за съдействието!

ас. Светла Стайкова
Катедра по психиатрия, МУ,
кл.психолог в КДП „Св.Никола“,
УМБАЛ Александровска“

Уважаеми родители,

В рамките на проучване за докторска теза по Клинична психология към МУ „София“, насочено към подбор и изработване на инструментариум за оценка на поведенчески проблеми в ранна юношеска възраст, е необходимо вашето съдействие за събиране на данни за т.нар. нормативна извадка (деца без регистрирани психологични проблеми).

Проблемите с поведението в този етап от развитието на децата са широко застъпени и необходимостта от надеждни и адаптирани методи за изследване е голяма. Наличието на такъв стандартизиран набор от скали и въпросници, би подпомогнало ранното идентифициране на потенциален риск за развитие на поведенческа проблематика, а включването на няколко източника на информация е златен стандарт в психологичното изследване и само би направило същото по-обективно и точно.

Участието в проучването е доброволно и информацията от него ще бъде използвана единствено с научна цел.

Тъй като източниците, от които се събира информация са няколко (самото дете, негов родител/настойник и учител) и в отговорите им се търси определена корелация, са необходими имената на конкретните деца. Същите няма да бъдат предоставяни на никого и индивидуалните протоколи няма да бъдат обсъждани с представител на училището или друга институция.

Благодаря за съдействието!

ас. Светла Стайкова
Катедра по психиатрия, МУ,
кл.психолог в КДП „Св.Никола“,
УМБАЛ Александровска“

e- mail: svetla_petrova@gbg.bg

Декларация за информирано съгласие, която попълват родителите на изследваните деца.

Декларирам,

*че съм запознат/а с целите на проучването и в качеството си на родител/
настойник на*

*съм съгласен/на аз и моето дете да попълним приложените въпросници и
информацията от тях да бъде използвана единствено за научни цели.*

Дата.....

Родител/настойник.....