

СТАНОВИЩЕ

от доц. д-р Пламен Стефанов Петков
ШУ „Епископ Константин Преславски”

относно дисертационен труд за придобиване на
ОНС „доктор”
в професионално направление 1.2. Педагогика,
(Специална педагогика)

Автор: Хариклия Йоаннис Бриасули,
Научен ръководител: проф. дпн Цветанка Луканова Ценова,
СУ „Св. Климент Охридски“

**Тема: „Дефицит на вниманието и хиперактивност и тяхното
отражение върху способността за учене при дислексия на
развитието“**

1. Обосновка и актуалност на темата

В научната литература в световните бази данни публикациите на тема *дефицит на вниманието и хиперактивност* са около 50 000. Това количество, на което съответства и определено качество, показва, че по този проблем има какво да се изследва и неговата значимост за родители, учители, психолози, логопеди, както и други видове специалисти и заинтересовани лица, е трайна и изискваща задълбочени и усъвършенствани научни проучвания с очакваните от тях отговори на редица важни въпроси, касаещи терапевтичните практики и стимулирането на развитието на лица с този вид нарушение.

Също така отражението на последното върху овладяването на академичните умения при учениците е един от най-акцентираният риск, върху които е ангажирано вниманието на експертите. А когато вниманието е насочено върху нарушенията на вниманието, това означава, че тяхното преодоляване зависи от правилното степенуване на твърде богатата и разнообразна симптоматика, която се наблюдава.

Въпреки, че чисто концептуално нарушението е познато и описано добре и са известни неговите механизми и етиология, както и ефектите,

които то има върху цялостното развитие, във всяка една популация нови изследвания и актуалните данни от тях са ориентир за прецизирането на подходите, особено по отношение на комуникативните и образователните потребности на въпросните индивиди.

В тази връзка представеният дисертационен труд в своята формулировка показва един амбициозен и мащабен обхват с условието, че трябва да бъдат удовлетворени редица съображения и изисквания. В същото време той се отнася до контретна популация, в рамките на която трябва да се проследят валидните за нея фактори, процеси и тенденции. Ето защо изборът на тази тема е добро решение и обещава полезни препратки към практиката, независимо какви могат да бъдат получените резултати.

2. Концепция и съдържание на дисертационния труд

Въпреки, че нарушението е добре познато и описано, то не е правилно възприемано в представите на широката аудитория, включително и в професионалните среди. Именно това е една трудност, непозната за докторанта и научния му ръководител, защото един от големите проблеми е, че това нарушение не е назовано точно. Тази трудност се изразява и още в това, че съществува разминаване между това, което се изтъква като водеща симптоматика в световните номенклатурни диагностични каталози, най-авторитетните от които са Диагностичния статически наръчник, издаван в петте му версии до момента от Американската психиатрична асоциация и Международната класификация на болестите, цитирани, разбира се, от докторанта с необходимата точност и коректност, и другата старана, която „създава“ разиманаванто, това са най-авангардните и задълбочени изследвания на водещи експерти в областта, които в крайна сметка са проникнали по-дълбоко в същността на нарушението, отколкото останалите, ползващи всичката налична информация, но е и структурирана и интерпретирана по начина, по който би могло да бъде максимално полезна. Ето защо проучването на огромната съвкупност от публикации само по себе си не гарантира осветляване на проблема.

В подобна ситуация правилният подход е да бъдат проучени най-често цитираните автори и въобще специалисти с богата клинична и изследователска практика и с голям брой публикации по проблема. По

отношение на ADHD най-цитираният и признат за най-авторитен автор е Ръсел Баркли (Russell Barkley), от чиито 26 книги и над 200 научни статии на тази тема, в дисертацията е цитиран само един източник и това обяснява някои от затрудненията, възникнали по-нататък в анализа на резултатите.

Баркли е автор, който доказва, че ADHD е нарушение на екзекутивните функции, въпреки че в литературата има и други възгледи по проблема, доказва още, че това всъщност не е нарушение на вниманието, още по-малко пък от значение е хиперактивността, с която нарушението много често се възприема. Същият автор на базата на своята тридесетгодишна практика като психиатър и инициатор на мащабни изследвания в разнообразни и големи популации описва ясно, че това е нарушение на инхибицията (задръжните процеси), работната памет (нещо, което и останалите автори потвърждават), емоционалната регулация, самоконтрола, мотивацията и способността за вземане на решения. Той твърди, че това са деца (и възрастни), които много добре знаят какво да правят, нямат дефицит на знания и умения и не е необходимо някой да ги учи на такива. **Това не е нарушение, при което човек не знае какво да прави, а нарушение, при което човек не успява да направи това, което знае и може.** И причаната не е разсеяност и слабо внимание, каквото има при повечето други нарушения, а неспособност да се потискат реакциите, които са отговор на почти всички външни стимули и вътрешни импулси и те винаги отклоняват индивида от това, което иска да направи и той забравя за него, защото, както отбелязахме, е налице и нарушение на работната памет, от която зависи устойчивостта и осъществимостта на интенциите.

Баркли е абсолютен корифей в тази област, защото дефинира нещо, което никой друг не открива при това нарушение, и то е, че то е не нарушение на вниманието, а нарушение на усета за време. Такива хора винаги закъсняват, винаги отлагат, когато трябва или искат да направят нещо и винаги хаотично преминават от една недовършена дейност към друга. Това не се дължи на разсеяност, а на липса на усет за време и неспособност да се потискат реакции в отговор на всички текущи дразнителни, които доминират дори над личните интереси, желания и предпочитания.

Такива хора нямат самоконтрол, дори когато са съвсем наясно какво е необходимо да се направи, имат нисък праг на фрустрация, импулсивни са

и това е резултат от неспособност да полагат усилия, поради нарушения на орбито-фронталния кръг в челния дял на мозъчните хемисфери и ниска извънклетъчна концентрация на допамин – проблем, който се преодолява чрез медикаментозна терапия и по-точно чрез медикамента *метилфенидат*. Всичко това е нещо много по-сериозно от разсеяност и слаба концентрация на вниманието. Според Баркли това е нарушение долеч не по-малко тежко и сериозно от нарушенията от аутистичния спектър, депресиите, биполярното разстройство и други, но е подценявано поради неправилното му наименование, неправилното степенуване на симптомите и поради факта, че това са знаещи, можещи и в много случаи интелигентни хора, при които поради наличието на няколко гена, чрез които се предава нарушението, страдат от тотален ексекутивен срив и не могат да управляват собственото си поведение, а то се определя от съпътстващите обстоятелства и силата на влияние на въздействията около и вътре в тях, Например, ако на дете с такова нарушение по време на урок в училище му хрумне да яде, то ще извади храната си от чантата веднага, без да отчита, че времето и мястото не са подходящи за това и въобще ще последва първия импулс или дразнител, който упражнява въздействие върху него и това не е разсеяност, а неспособност да се потискат реакциите, предизвикани от едни или други, външни или вътрешни моментни стимули.

Баркли отбелязва още, че симптомите на нарушението в DCM – V, както и в МКБ (ICD – 11) не са аранжирани, определени и степенувани правилно, с произтичащите от това редица последствия за диагностиката, която се осъществява от психиатри и терапията, която обаче включва и други видове специалисти.

Друг много важен момент от концепцията на Баркли, който има отношение и към настоящия дисертационен труд, е фактът, че потиповете на нарушения на вниманието (невнимание, хиперактивност и комбиниран подтип), определени в DCM – IV и отпаднали в следствие от DCM – V, са толкова условни, изкуствено създадени и дразнещи практикуващите специалисти, че създават недоразумения, противоречия и бъркотия в диагностиката, защото се смесват по всякакъв начин в симптоматиката на отделните случаи. В действителност, ако едно дете или възрастен спада към един от подтиповете, няма как да спада към друг от тях, но на практика се наблюдават съчетания (не само в рамките на симптомите на

комбинирания подтип) и това създава големи противоречия и обърквания. Ето защо Баркли, заедно с други опитни и проникателни учени и изследователи като Лейхи (Lahey) и Нипър (Nipper), стига до заключението, че в така наречият „*inattentive*“ подтип е всъщност друго нарушение, при това наистина нарушение на вниманието, а не на ексекутивните функции и именно благодарени на това може да се съчетава със симптоматиката на другите два подтипа ADHD, **защото тук вече става дума за коморбидност, а не за взаимноизключващи се варианти на едно и също нарушение.**

Всичко това променя, преобръща и изцяло срина общоприетата концепция за нарушението, но премахва много от заблужденията и противоречията, свързани с разбирането на неговата същност.

В дисертационния труд е направен един добър литературен обзор, но пак ще отбележим, че тук не е важен толкова пропорционалният обхват на източниците, колкото насочване към изследователите с най-висока цитируемост, публикационна активност и с най-солиден клиничен и изследователски опит по проблема, защото именно те дават дълбочина, системност и яснота за неговото правилно възприемане.

Проследена е хронологията на първите публикации в литературата. Въпреки това, трябва да се отбележи, че първите данни за нарушението в медицинската литература не са от 1902 година в изданието на педиатра Джордж Стил (George Still), както докторантът отбелязва, а по-рано през 1875 г. в учебник по медицина на немския лекар Мелкиор Адам Вайлкард (Melchior Adam Weilkard), който включва там глава „Нарушения на вниманието“. Друг е въпросът, че Вайлкард предлага като разрешение на проблема екстракт от хинин, кисело мляко, физически упражнения, конна езда и ако това не помага, като крайна мярка препоръчва изолация.

Освен учебника на Вайлкард има и друг по-ранен източник в медицинската литература от този на Стил и това е учебник на шотландския лекар Александър Крайтън (Alexander Crithon), който през 1899 г. също в отделна глава описва нарушения на вниманието. Различното и обоготвящото в неговото описание е, че той разделя нарушенията на вниманието на два вида, противоположни един на друг. Първият включва буйни и необуздани деца, при които се наблюдава хиперактивност, а вторият вид включва деца, които са летаргични, бавни, мудни, сънливи,

стеснителни и хипоактивни, но са със сериозни проблеми относно концентратията и фокусирането на вниманието. Тази негова дихотомия се потвърждава и днес от водещи експерти в тази област като Лейхи (Lahey) и Баркли (Barkley). Дори днес, както отбелязахме, се диференцират две отделни нарушения на вниманието със съвсем различна етиология, патогенеза, диагностични маркери и терапия и второто от тях, отнасящо се до летаргичните деца, Лейхи нарича (Sluggish Cognitive Tempo) и въпреки, че Баркли смята този термин за доста некоректен и етикиращ, това второ отново неточно, както и на първото нарушение, название вече се е наложило в съвременната литература поради съображения, свързани с цитируемост, достъпност и предотвратяване на объркване чрез използването на няколко паралелни наименования за едно и също нарушение.

Деца от втория вид нарушение на вниманието, наречено Sluggish Cognitive Tempo (SLT), се различават много тези с ADHD. При ADHD липсват задръжни процеси и потискащи реакции, докато при SLT има свръхзадръжка на реакциите. Това са стеснителни, потиснати, затворени в себе си, летаргични, сънливи, разсеяни, унесени, тихи, хипоактивни деца. При ADHD не довършват това, което правят, докрай, но когато все пак свършат нещо, особено под натиск и външен контрол или при крайна необходимост, качеството на изпълнение е сравнително добро. Имат ниска продуктивност (количество извършени дейности за единица време), но не и ниско качество на изпълнение. При SLT е точно обратното – нямат ниска продуктивност, извършват дейностите докрай, но с ниско качество. Нямат проблеми с езекутивните функции и особено с работната памет т.е. не забравят какво са започнали да правят, но са унесени, пасивни, мудни и правят много пропуски. Лицата с ADHD са импулсивни, хаотични и не могат да полагат усилия, а тези с SLT са въздържани, свити и не се отклоняват от стъпките до завършването на дейността, но го правят **разсеяно и мудро**. Това състояние се нарича *mind wandering* и може да бъде определено като **блуждаене т.е. обратното на импулсивност**. Въпреки, че тези парадигми не са включени в диагностичните наръчници DSM – V и ICD – 11, това не ги прави по-малко достоверни и валидни от т диагностичните маркери, които са включени там, дори е налице точно обратното.

Също така трябва да се разгарничават случаите на дефицит на вниманието без хиперактивност, както и случаи на хиперактивност без дефицит на вниманието. На практика те са различни нозологични единици. Случаите на дефицит на вниманието не трябва да се смесват със случаи на хиперактивност без дефицит на вниманието. На практика хиперактивността не е съществен за това нарушение симптом, въпреки че то често се идентифицира повърхностно на базата на този признак. Той обаче няма никакво диагностично значение, дори има случаи, когато хиперактивност въобще не се наблюдава, а в други случаи с напредването на възрастта тя постепенно отшумява, без това да намалява тежестта на нарушението. Разбира се, не бива да се смята, че всяко палаво, щуро и буйно дете с холеричен темперамент има нарушение на вниманието.

Въведените в DCM – V презентации не променят особено картината, защото тези така наречени презентации, заменили подтиповете, не намаляват затрудненията, противоречията, несъответствията и объркването в диагностиката на нарушенията на вниманието. Докторантът всъщност цитира една от статиите на Лейхи в съавторство (Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S.S., & Wilcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896–902.), където се акцентира върху неустойчивостта на подтиповете на ADHD особено при възрастовите преходи. Ето защо водещите експерти в тази област като Баркли, Лейхи, Нипър и др. на базата на мащабни научни изследвания и богата клинична практика са категорични, че няма подтипове или презентации на ADHD, а има две различни нарушения на вниманието като диагнози с различна патогенеза, етиология и терапия и могат да се проявят и едновременно като коморбидност, което доказва, че няма как да бъдат подтипове на едно и също нарушение.

3. Дизайн на изследването и анализ на резултатите

Като инструмент на изследването е използвана рейтингова скала, което действително е най-ефикасният метод за изследване на невроразвитийни нарушения, особено когато са нарушени езекутивни функции както е при ADHD.

При анализа на резултатите се констатира, че *„Тестът на McNemar* *показа, че има значителна зависимост между диагнозата на подтип*

невнимание и диагнозата тревожност или депресия ($p < 0,01$). Резултатите показват, че децата, диагностицирани с подтип невнимание, са по-склонни да бъдат диагностицирани с тревожност или депресия.“ (стр.35 от автореферата). В тази връзка трябва да се отбележи, че всъщност децата, причислявани към подтипа невнимание, в съвременните парадигми на практика се причисляват към друг вид нарушение на вниманието, което, както вече отбелязахме, се нарича (Sluggish Cognitive Tempo) и е описано от Баркли (Barkley), Лейхи (Lahey), Нипър (Nipper) и което има драстични, полярни различия спрямо Дефицита на вниманието и хиперактивност. Обикновено дефицитът на вниманието с хиперактивност показва тенденция към поведенчески нарушения като (Oppositional Defiant Disorder) и (Conduct Disorder), а те са обратното на безпокойство, тревожност и депресивни състояния. Именно второто нарушение на вниманието – SCT показва склонност и изразена корелация към такива такива потискащи нервната система, състояния, но то не спада към ADHD.

Изключително внимание заслужава следното твърдение (стр. 38 от автореферата) „Тестът на McNetar показва, че има значителна зависимост между опозиционните предизвикателни и поведенчески разстройства и диагнозата тревожност или депресия ($p < 0,01$). Резултатите показват, че децата, диагностицирани с опозиционни предизвикателни и поведенчески разстройства, са по-склонни да бъдат диагностицирани с тревожност или депресия.“

Във всяко едно отношение подобна констатация е противоречие, защото опозиционните предизвикателни и поведенчески разстройства от една страна и състоянията на тревожност или депресия от друга страна са противоположни и изключващи се едно друго. **Всъщност поведенческите разстройства са характерна коморбидност при ADHD, а депресивните реакции са характерна коморбидност за SCT.** Много е важно е също да отбележим, че такава коморбидност не винаги се наблюдава т.е. тя не задължителна характеристика като симптомите на самите нарушения. Това е тенденция, произлизаща от самите особености на двете нарушения. Едно е сигурно и то е, че опозиционно поведение при депресия не може да има, защото при депресия наблюдаваме астенични емоции, които потискат нервната система и по-точно лимбичната система. При опозиционните и поведенческите нарушения е точно обратното – налице са стенични

емоции, които възбуждат нервната система и предизвикват енергични реакции и състояния от типа на дисфория, които нямат нищо общо с потиснатостта, липсата на енергия и дистимията при състояния на депресивност и тревожност. Между тях няма как да има положителна корелация. Това е същото като да твърдим, че хиперактивността предизвиква склонност към хипоактивност или да смятаме, че има корелация между състояние на афект, изразяващ се в раздразнение или гняв и вероятността човек да бъде потиснат и летаргичен в същата тази ситуация, предизвикала реакцията му. Едното условие просто изключва другото. Друга тема е, че при биполярното разстройство, при което се наблюдават циклични, променливи и противоположни състояния, понякога има еднопосочна коморбидност с ADHD т.е. то може да предизвика ADHD, но не и обратното – ADHD да предизвика биполярно разстройство. От друга страна тези променливи циклични състояния при биполярното разстройство не се наблюдават симултанно.

Статистическата обработка на резултатите сама по себе си не означава достоверност на направените заключения. Тя използва определени данни, без да гарантира тяхната точност. Един от рисковете при рейтинговите скали е, че получените данни не са резултат от измервания. Въпреки всичко тези скали, когато са попълвани точно от респонденти, които добре познават популацията, относно която се прави оценка и когато показателите са прецизно формулирани в съгласуван комплект от съставителите на скалите, това прави извлечената информация изключително ценна и показателна с възможности за богата и задълбочена интерпретация. Затова при подобни изследвания се изчислява алфа на Кронбах (Cronbach's Alpha – Reliability Statistics), която определя доколко между заложените индикатори и величини в скалата има съгласуваност и достоверност и това става именно на основата на получените данни.

4. Стил на изложението и техническо оформление на дисертационния труд

Текстът е съставен в подходящ за съответния вид научно проучване стил. Има добра логическа връзка при прехода между отделните глави и параграфи. Концепцията на изследването е ясно изразена и задълбочена в хода на цялото изложение. Техническото оформление на дисертационния труд е стандартно и прецизно.

5. Автореферат

Авторефератът представя основните структурни компоненти на дисертационния труд с детайлно описание на програмата и резултатите от изследването. Направена е също така изчерпателна аргументация и обосновка на изводите.

6. Публикации

Докторантът има необходимата публикационна активност, която изразява концепцията и основните акценти от проведеното изследване.

7. Приноси

Изтъкнатите научни приноси са автентични и валидни. Представени са систематизирано и по убедителен начин.

8. Въпроси към докторанта

Във връзка с насоката на изследването, резултатите и представените анализи и богатия спектър от индикатори и проблеми, обхванати в изследването, от докторанта се очаква да даде кратък обобщен отговор на следните два въпроса:

- В какво се състоят разликите в уменията, респективно нарушенията на четенето при ученици с дислексия на развитието, които нямат нарушения на вниманието и ученици с ADHD?
- Кой вид калкулации се засягат по-тежко при ADHD – менталните калкулации (при които се извършват пресмятания на ум, без да се пише) или писмените калкулации?

9. Заключение

Докторантът под ръководството на своя научен ръководител е положил изключително голям по обем и стойностен по съдържание труд с приноси, ползи, значимост и приложение на получените резултати. На това основание препоръчвам на уважаемото научно жури да присъди на Хариклия Йоаннис Бриасули, редовен докторант по професионално

направление 1.2. Педагогика (Специална педагогика) с обучение на английски език, с научен ръководител проф. д-р Цветанка Луканова Ценова, образователната и научна степен „доктор“.

31.08.2023 г.

Изготвил становището: .....

(доц. д-р Пламен Петков)