

PREGLED LITERATURE – REVIEW ARTICLE

Rana indentifikacija mentalnih problema, intervencija u detinjstvu i uloga pedijatra
Early Identification of Mental Health Problems in Children, Intervention and Role of Pediatrician

Marija Tošić Mijajlović¹, Sladjana Petković Bogomaz¹, Ivana Bivolarević²

¹Dom zdravlja "Dr Simo Milošević", Čukarica, Beograd, Srbija,

²Dom zdravlja Niš, Niš, Srbija

Sažetak Poremećaji mentalnog zdravlja dece i mladih su rastući problem u svetu. Procenjeno je da oko 10% dece i mladih ima mentalne zdravstvene probleme koji ne samo da negativno utiču na svakodnevno funkcionisanje već, ako se ne leče, mogu da ostave neizbrisive posledice za ceo život. Značajnije, dete koje ima psihijatrijski problem može porasti u stabilnu odraslu osobu uz adekvatan pristup zdravstvene službe i okoline. Deca i mladi mogu imati širok spektar mentalnih problema, uključujući: anksioznost, ADHD, poremećaje iz spektra autizma, poremećaje ishrane, poremećaje raspoloženja, šizofreniju. Rano prepoznavanje simptoma ima veliki značaj jer omogućava sveobuhvatniju procenu, izradu individualnog plana podrške i lečenja za svako dete, ranu intervenciju i posledično bolji ishod. Ciljevi intervencije u ranom detinjstvu su: identifikacija dece sa mentalnim zdravstvenim problemima, pružanje pomoći svakom detetu da ostvari svoj potencijal, prevencija i svođenje poteškoća na minimum, povećanje funkcionalnih veština deteta, promovisanje pozitivnih sklonosti, pružanje podrške za inkluzivno vaspitanje i obrazovanje, obezbeđivanje prava deteta, pružanje podrške očuvanju porodice, smanjivanje kratkoročnih i dugoročnih troškova za zdravstvenu negu. U ranom detinjstvu, u uzrastu do treće godine, deca i porodica su usmereni prvenstveno na zdravstveni sistem. Tokom ovog perioda susreću se sa pedijatrom i pedijatrijskom sestrom oko 15 puta. Stoga primarna zdravstvena zaštita ima priliku da bude prva na otkrivanju i praćenju poremećaja razvoja i ponašanja dece. Kasnije u detinjstvu i mladosti pedijatri su i dalje među prvima kojima se roditelji i deca obraćaju za savet i pomoć. Velika je odgovornost pedijatra da reaguje blagovremeno poštujući principe prevencije (primordijalna, primarna, sekundarna, tercijarna, univerzalna, selektivna, targetirana), a uloga presudna u koordinaciji podrške, nezi deteta, brizi o detetu, lečenju i pružanju podrške porodici.

Ključne reči: mentalno zdravlje dece, intervencija, prevencija

Summary Mental health problems in children and young people are a growing problem worldwide. It is estimated that 10% of children and young people have mental health problems so severe that they impact not only on their day-to-day life but, if left untreated, can leave permanent consequences. More importantly, a child with a psychiatric problem can grow into a stable adult with an adequate approach of health care service and the environment. Children and young people can have a variety of mental health problems including: anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), autism spectrum disorder (ASD), eating disorders, mood disorders, schizophrenia. Early recognition of symptoms is crucial because it enables the comprehensive assessment, individual support plan and treatment for each child, early intervention and consequently the better outcome. The aims of intervention in early childhood are: identifying children with mental health problems, helping each child to fulfill their potential, prevention, increasing child's function skills, promotion of a good affinity, inclusive education support, ensuring children's rights, family support, reducing expenses of health care. During early childhood, by the age of three, children and their families are directed mainly to primary health care system. They visit pediatrician around 15 times. Primary care has the opportunity to be the first point of contact when parents have concerns about their child's development or behavior. Even later in childhood and teenage period pediatricians are still among the first parents and young people seek for help and guidance. Pediatricians have a large responsibility to react on time carrying out adequate type of prevention (primordial, primary, secondary, tertiary, universal, selective, targeted). Their role is crucial when it comes to coordinating the support, child care, treatment and family support.

Keywords: children's mental health, intervention, prevention

Uvod

Poremećaji mentalnog zdravlja su rastući problem u svetu i zauzimaju značajan udeo u globalnom teretu bolesti 21. veka. Mentalni zdravstveni problemi su za decu i adolescente učestali kao i neki poremećaji fizičkog

zdravlja (npr. astma) (1). U novijim dokumentima Evropske Unije se na mentalno zdravlje gleda kao na preduslov socijalnog i ekonomskog razvoja nekog društva. Jasno je da

je briga za mentalno zdravlje dece i mladih briga za budućnost sveta.

Prema Svetskoj Zdravstvenoj Organizaciji (SZO) mentalno zdravlje se definiše kao stanje blagostanja u kome svaka individua razume svoj potencijal i savladava svakodnevni stres u životu, radi produktivno i plodonosno i u stanju je da doprinese zajednici. Pozitivna dimenzija mentalnog zdravlja je sadržana u definiciji samog zdravlja SZO: Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti.

Prema SZO mentalni poremećaji su jedan od vodećih razloga invalidnosti širom sveta (2), a među prva tri razloga invalidnosti u starosnoj grupi od 15-44 godina. Mnogobrojne prospektivne i retrospektivne studije su pokazale da većina mentalnih poremećaja odraslih počinje u detinjstvu i adolescenciji (3). Procenjeno je da 10% dece i mladih ima mentalne zdravstvene probleme koji ne samo da negativno utiču na svakodnevno funkcionisanje, već ako se ne leče, mogu da ostave neizbrisive posledice za ceo život (4). Značajnije, dete koje ima psihijatrijski problem može porasti u stabilnu odraslu osobu uz adekvatan i blagovremen pristup zdravstvene službe i okoline. Alarmantan je podatak da 70% dece i mladih koji imaju mentalne zdravstvene probleme nije dobilo odgovarajuće intervencije dovoljno rano.

Mentalni poremećaji mogu da oštete detetovo kognitivno funkcionisanje što se odražava na njegovo rezonovanje i sposobnost učenja, mogu da utiču na njegova osećanja ili pak na ponašanje. U izvesnim slučajevima problemi se mogu ispoljiti samo u jednoj od ovih sfera funkcionisanja. Međutim, u ozbiljnim i teškim slučajevima, sve tri oblasti funkcionisanja su oštećene, tj. oštećni su mišljenje, osećanja i ponašanje. Mit o "prolaznoj fazi" je ipak samo mit, jer suviše često se susrećemo sa dugotrajnim problemima koji kompromituju prilagođavanje dece tokom dugog niza godina. Do sada sprovedena epidemiološka istraživanja ukazuju na zabrinjavajuću činjenicu, a to je da poremećaji sa ranijim nastankom imaju lošiju prognozu (5).

Prve godine života imaju veliki značaj na celokupni razvoj deteta. Mozak se rapidno razvija u prvih pet godina života, dostižući 80% svog razvoja do navršene treće godine života. Dečiji mozak je relativno nerazvijen po rođenju i zato je njegov razvoj uslovljen stimulusima koji dolaze iz okruženja, posebno u kritičnim periodima razvoja. Deca izložena stresu mogu imati narušene sposobnosti razmišljanja i kontrole svojih emocija.

Tačan uzrok mentalnih poremećaja nije poznat, ali istraživanja pokazuju da je najverovatnije u pitanju kombinacija faktora uključujući: nasledne faktore, biološke faktore, psihološku traumu i nepovoljne faktore okoline.

- **Nasledni (genetski) faktori:** Mnogi mentalni poremećaji se sreću među članovima porodice, ukazujući da sklonost ka tim poremećajima može biti genetski uslovljena.
- **Biološki faktori:** Mnogi mentalni poremećaji kod dece i mladih mogu da se povežu sa abnormalnim funkcionisanjem pojedinih regiona mozga koji kontrolišu emocije, mišljenje, percepciju i ponašanje.

- **Psihička trauma:** Neki od mentalnih poremećaja mogu biti izazvani psihološkim traumama kao što su: teško emocionalno, fizičko, seksualno zlostavljanje; rani gubitak, kao što je gubitak roditelja i zanemarivanje.
- **Faktori sredine**

Za sada se govori o faktorima rizika, a ne tačno određenim uzročnicima nastanka mentalnih poremećaja.

U sredini u kojoj dete živi, na njegov razvoj utiču faktori rizika i zaštitni faktori. Oni predstavljaju karakteristike roditelja, šire sredine i deteta. Njihov uticaj se proteže preko prenatalnog, perinatalnog i postnatalnog perioda. Najjači faktori rizika su: siromaštvo, zlostavljanje i zanemarivanje deteta svim oblicima, ratovi, migracije, urbano nasilje, hronična telesna i duševna oboljenja u porodici, prenatalna i postnatalna izloženost drogama, alkoholu, nehranjenost, hronične infekcije (6). Različiti faktori rizika se prepliću i pojačavaju, interaguju, variraju sa godinama i zavise od pola, dužine trajanja i broja. Kumulativni modeli su pokazali veći procenat poteškoća kada više faktora rizika deluju odjednom (7) i kada deluju duži vremenski period (8).

Prema DSM (Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje Američke psihijatrijske asocijacije) V klasifikaciji, deca i mladi mogu imati širok spektar mentalnih problema, uključujući: neurorazvojne poremećaje (poremećaje iz autističnog spektra - PSA), sindrom deficita pažnje i hiperaktivnosti (ADHD), šizofreniju, depresiju, anksioznost, poremećaje ishrane, poremećaje spavanja, poremećaje ponašanja, poremećaje uzrokovane traumom i stresom, opsesivno kompulsivne poremećaje i druge. Deca i mladi, kao i odrasli, mogu imati jedan ili više poremećaja u isto vreme. Npr. kod dece sa autizmom češće se javljaju anksioznost i depresija, ali i ADHD.

Rano prepoznavanje simptoma ima veliki značaj jer se omogućava sveobuhvatnija procena, izrada individualnog plana podrške i lečenja za svako dete, rana intervencija i posledično bolji ishod (9).

Izazovi u pedijatrijskoj ordinaciji

Pedijatri u primarnoj zdravstvenoj zaštiti se danas susreću sa izazovom da posumnaju na dijagnozu mentalnih problema kod dece i mladih što je moguće ranije i da implementiraju odgovarajući plan podrške za što bolji ishod za dete i celu porodicu. Rana dijagnoza mentalnih problema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je izuzetno težak zadatak jer ne postoji patognomoničan znak ili laboratorijski test za dokazivanje. Tako da pedijatar mora postaviti sumnju na dijagnozu na bazi prisustva ili odsustva određenih simptoma. Neki poremećaji spadaju u grupu spektra poremećaja (PSA) što još više komplikuje dijagnozu. Pedijatri moraju ponekad da se oslone na heteroanamnezu dobijenu od roditelja, baka, deka, staratelja, hranitelja, usvojitelja, svoje znanje i iskustvo da bi prepoznali simptome. Uvek se savetuje da u slučaju nesigurnosti u dijagnozu, a sumnju na istu, pedijatri upute pacijenta na dodatna ispitivanja.

Ponekad je sigurnost u dijagnozu tu, ali su pacijenti ili roditelji negativno nastrojeni prema mogućnosti da postoji mentalni problem ili poremećaj i odbijaju dodatna ispitivanja i lečenje plašeći se stigmatizacije sredine koja još uvek ima gard prema ovakvim pacijentima i ovakvim bolestima. Ovakva etička dilema se dalje mora rešavati u najboljem interesu deteta i ponekad je ispravno uključiti službe u okviru primarne zdravstvene zaštite da se nadje adekvatno rešenje za dete.

Pedijatri danas vidjaju sve više dece i mladih sa mentalnim zdravstvenim problemima, tako da moraju da unapredesvoje znanje i veštine da bi se za njih adekvatno brinuli. Rana dijagnoza osigurava i rani početak lečenja, a u nekim slučajevima i genetičko savetovanje za roditelje u slučaju planiranja potomstva. Porodice uvek očekuju da dobiju sve potrebne informacije i savete u pedijatrijskoj ordinaciji, bilo da se radi o dijagnozi deteta, o tome šta ih čeka i šta da očekuju, o svim opcijama lečenja u zemlji i inostranstvu, kao i o raznim alternativnim vidovima lečenja. Ponekad im samo treba razgovor ili uteha posle saznanja da postoji sumnja na dijagnozu ili posle postavljene dijagnoze. Najviše poverenja i očekivanja imaju od pedijatarata. Zapamtite: briga za roditelje je briga za dete!

Promocija I prevencija

Deca, adolescenti, njihovi roditelji i staratelji treba da imaju pristup adekvatnim informacijama u sredini u kojoj žive da bi se obezbedila promocija mentalnog zdravlja dece i mladih. Cela zajednica ima ulogu u obezbeđivanju sredine gde se promovise mentalno zdravlje dece i mladih. Promocija mentalnog zdravlja obuhvata aktivnosti i programe za podršku roditeljstva, za decu i mlade u obrazovnom sistemu, za područje socijalne i zdravstvene zaštite, kvalitet života u zajednici i na radnom mestu. Ona je usmerena na sprečavanje uticaja štetnih faktora, promociju zaštitnih faktora i jačanje snaga porodice. Neke od specifičnih aktivnosti su: skretanje pažnje javnosti na probleme mentalnog zdravlja dece i mladih, upoznavanje javnosti sa potrebama osoba koje imaju mentalne probleme, borba protiv nasilja.

Za decu i mlade sa ovim problemima promocija obrazovanja, specijalnih treninga i važnost rane intervencije može značano poboljšati ishod.

Prevenција je u izvornom značenju sprečavanje bolesti ili poremećenog ponašanja ili pojave koja ostavlja posledice po neku osobu, osobe ili grupe.

Postoje 4 osnovna vida prevencije kada je reč o mentalnim bolestima dece i mladih

1. Primordijalna prevencija je prevencija samih faktora rizika, gde se počinje od promene socijalnih i faktora sredine za koje se zna ili pretpostavlja da negativno deluju na mentalno zdravlje dece i mladih
2. Primarna prevencija ima za cilj sprečavanje nastanka mentalnih bolesti, ranim otkrivanjem faktora rizika (prenatalnih, antenatalnih, partalnih i postnatalnih) i većom primenom zaštitnih faktora (10)

3. Sekundarna prevencija ima za cilj rano prepoznavanje znakova mentalnih poremećaja, dostupnost ranim intervencijama da bi se sprečilo dalje razvijanje problema u dugotrajnu mentalnu bolest
4. Tercijarna prevencija ima za cilj da pomogne pacijentima sa ustanovljenim mentalnim problemima i da im šansu za značajan oporavak, smanjujući socijalne, ekonomske i zdravstvene troškove povezane sa bolešću.

Preventivni programi se dele na tri glavna tipa:

1. Univerzalna prevencija: je usmerena ka opštoj populaciji bez obzira na individualne faktore rizika
2. Selektivna prevencija: su programi usmereni na pojedince ili grupe za koje se zna da postoji povećan rizik od pojave mentalnih poremećaja
3. Targetirana prevencija je usmerena ka visokorizičnim pojedincima ili onima za koje je utvrđeno da pokazuju znake i simptome koji prethode mentalnom poremećaju, a u trenutku ne ispunjavaju kriterijume za postavljanje dijagnoze (deca roditelja sa ozbiljnim mentalnim zdravstvenim problemima).

Velika je odgovornost pedijatarata da reaguje blagovremeno poštujući principe prevencije

(primordijalna, primarna, sekundarna, tercijarna, univerzalna, selektivna, targetirana), a uloga presudna u koordinaciji podrške, nezi deteta, brizi o detetu, lečenju i pružanju podrške porodici (11).

Rana identifikacija I postavljanje dijagnoze

Rano prepoznavanje simptoma mentalnih problema dece i mladih ima ogroman značaj jer se omogućava da se blagovremeno sprovedu detaljnija ispitivanja koja će potvrditi dijagnozu i kada je to potrebno da se uputi dete u ustanove sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite. Rana dijagnoza mentalnih problema rezultira u ranu, adekvatnu i doslednu intervenciju za šta se pokazalo da poboljšava dugoročni ishod (12).

Postoje brojni problemisa kojima se pedijatri susreću prilikom postavljanja sumnje na mentalni problem kod dece i mladih: neprihvatanje roditelja ili staratelja da postoji problem, kasno javljanje roditelja u službu primarne zdravstvene zaštite, kasno upućivanje specijalisti od strane pedijatra, duge liste čekanja na specijalistički pregled.

Vreme javljanja mentalnih poremećaja je različito. Mnogo je istraživanja koja nude dokaze da je već sa 18 meseci moguće i potrebno postaviti dijagnozu PSA i započeti sa ranim intervencijama (13). Medijana vremena javljanja za ADHD je 7-9 godina, ODD (oppositional-defiant disorder) 7-15 godina, CD (conduct disorder) 9-14 godina, IED (intermittent explosive disorder) 13-21 godina. Za fobične poremećaje je IQR 4-20 godina, dok drugi anksiozni poremećaji imaju kasniji početak javljanja negde oko 15 godine (14). Psihoteični poremećaji se retko javljaju pre 14 godine, ali pokazuju porast prevalence u starosnoj grupi 15-17 godina (15). Šizofrenija najčešće počinje od 15 godine.

Rana dečija depresija se javlja retko pre 3.godine, a poremećaji ishrane se mogu javiti i pre 12.godine.

Kako se postavlja dijagnoza mentalnih poremećaja kod dece i mladih?

Kao i kod odraslih mentalni poremećaji kod dece se dijagnostifikuju na osnovu znaka i simptoma. Mnoga ponašanja se mogu protumačiti kao znak ili simptom bolesti, a u stvari predstavljaju normalan deo odrastanja. Ponašanja postaju simptom bolesti kada se ponavljaju jako često, traju dugo i remete značano detetov život ili život cele porodice. Simptomi mogu varirati u zavisnosti od mentalnog poremećaja, ali neki od generalnih simptoma su: zloupotreba alkohola ili droga, promene u ishrani ili spavanju, nesposobnost da se nosi sa svakodnevnim problemima i aktivnostima, suprotstavljanje autoritetima, izostajanje iz škole, kradja, nasilničko ponašanje, intenzivan strah, gubitak na težini, loše ocene u školi uprkos trudu, gubitak interesovanja za druženje i prijatelje, česti napadi besa, povlačenje u sebe, preterana briga ili anksioznost, dugotrajno neraspoloženje, razmišljanje o smrti, gubitak apetita, hiperaktivnost, perzistentne noćne more i strahovi, slušne ili vizuelne halucinacije, perzistentna neposlušnost i agresivno ponašanje, dugotrajno prisutni različiti fizički simptomi, česte promene raspoloženja, teškoće pri koncentraciji, samopovredjivanje.

Rana intervencija

Rana intervencija je proces koji obezbeđuje profesionalne usluge namenjene osobama koje pokazuju bilo koje rane simptome mentalnih bolesti. Intervencija ne samo da je od suštinske važnosti za usporavanje napredovanja mentalne bolesti, već i za poboljšanje mentalnog i fizičkog zdravlja, bolju socijalizaciju i bolji socioekonomski ishod u budućnosti.

Rana intervencija je naročito važna za decu i mlade, na koje mentalni poremećaji mogu ostaviti duboke, dalekosežne posledice. Za mladju decu, rana intervencija podrazumeva identifikaciju one dece koja su pod većim rizikom da razviju simptome mentalnih poremećaja i samu mentalnu bolest ili teške bihevioralne ili razvojne probleme. Za stariju decu i adolescente, mentalna bolest je značajan riziko faktor za napuštanje škole i studija, za loš dugoročni ishod u vezi sa njihovim psihičkim i fizičkim zdravljem, kao i negativan uticaj na njihove porodice, prijatelje i okolinu.

Blagovremena dijagnoza i rana intervencija u početnim stadijumima mentalnog oboljenja može da dovede do značajnih pozitivnih promena za nečije mentalno zdravlje.

Rana intervencija:

- Poboljšava dijagnozu i lečenje
- Na vreme usmerava na profesionalne službe
- Poboljšava poverenje i angažovanost primarne zdravstvene zaštite

Ciljevi intervencije u ranom detinjstvu su: identifikovanje dece sa mentalnim zdravstvenim problemima, pomaganje svakom detetu da ostvari svoj potencijal, prevencija i svođenje poteškoća na minimum, povećanje funkcionalnih veština deteta, promovisanje pozitivnih sklonosti, pružanje

podrške osnovi za inkluzivno vaspitanje i obrazovanje, obezbeđivanje prava deteta, pružanje podrške očuvanju porodice, smanjivanje kratkoročnih i dugoročnih troškova za zdravstvenu negu.

Planiranje i sprovođenje intervencija podrazumeva multidimenzionalni i multisektorski pristup (16). Mora se imati u vidu da je svako dete individua koja raste u specifičnom okruženju i da se po bezbroj stvari razlikuje od drugog deteta sa istim ili sličnim problemima. Ista dijagnoza ne podrazumeva i isti plan intervencija, ni istu terapiju. U svakom pojedinačnom slučaju moraju se individualno odrediti najbolje moguće intervencije u skladu sa simptomima koje pokazuje, mogućnostima porodice u kojoj živi, lokalne zajednice i društva. Na samom početku će biti potrebno napraviti plan intervencija (individualni plan podrške) gde moraju biti uključeni svi relevantni sektori: primarna zdravstvena zaštita, sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita, socijalna zaštita, obrazovanje, bezbednost, sudstvo, u nekim slučajevima i nevladin sektor. Odmah nakon postavljanja dijagnoze, roditelje bi trebalo obavestiti o dijagnozi, simptomima, pratećim problemima, pravima deteta iz oblasti obrazovanja, zdravlja i socijalne zaštite, lečenju i rehabilitaciji.

Prilikom odabira odgovarajućih intervencija treba imati u vidu čitav niz činilaca, npr. karakteristike same osobe (pol, uzrast, stepen, intelektualnog funkcionisanja, komorbidna stanja), njena ograničenja i kapacitete, ali i kulturološki okvir u kome se intervencija realizuje. (17).

Iako postoje različiti vidovi intervencija koji se koriste prema individualnom planu podrške, treba se uvek opredeliti za intervencije zasnovane na dokazima. Pod intervencijama zasnovanim na dokazima podrazumevamo one intervencije koje su podrvgnute procesu evaluacije i za koje je dokazano da unapređuju funkcionisanje deteta. Npr. u ovom trenutku postoje jasni dokazi o efikasnosti Denverskog modela sa ranim početkom u podsticanju socijalne komunikacije, kognitivnih sposobnosti i adaptivnog funkcionisanja kod dece sa PSA (18).

Kod dece sa psihozama intervencije treba prilagoditi tako da se smanji vreme trajanja netretirane psihoze, a to se čini farmakološkim i psihosocijalnim tretmanima (19).

Intervencije se mogu podeliti u nekoliko grupa: farmakološke intervencije za decu i mlade, posredovane intervencije (intervencije koje sprovode roditelji, intervencije koje sprovode vršnjaci, asistivne tehnologije), bihevioralne intervencije, razvojni pristupi i druge (muzikoterapija, masaža, reedukacija psihomotorike..).

Na struci je da da smernice za dijagnostiku, skrining i intervencije kod dece sa mentalnim poremećajima.

Zaključak

Naša shvatanja etiologije, dijagnoze i lečenja mentalnih poremećaja dece i mladih su se značajno pomenila u poslednjih 20 godina. Nekada su deca bila pojam fizičkog i mentalnog zdravlja, a danas se zna da 10-20% dece ima neki poremećaj mentalnog zdravlja. Rana dijagnoza je izuzetno važna jer su nove studije potvrdile bolji ishod kod

primene rane, dosledne i adekvatne intervencije koja je skrojena da zadovolji individualne potrebe deteta i porodice. U ranom detinjstvu, u uzrastu do treće godine, deca i porodica su usmereni prvenstveno na zdravstveni sistem. Tokom ovog perioda susreću se sa pedijatrom i pedijatrijskom sestrom oko 15 puta. Stoga primarna zdravstvena zaštita ima priliku da bude prva na otkrivanju i praćenju poremećaja razvoja i ponašanja dece. Kasnije u detinjstvu i mladosti pedijatri su i dalje medju prvima kojima se roditelji i deca obraćaju za savet i pomoć. Velika je odgovornost pedijatra da reaguje blagovremeno poštujući principe prevencije (primordijalna, primarna, sekundarna, tercijarna, univerzalna, selektivna, targetirana), a uloga presudna u koordinaciji podrške, nezi deteta, brizi o detetu, lečenju i pružanju podrške porodici.

Preporuke

1. Pedijatri treba uvek pažljivo da slušaju roditelje kada govore o razvoju i ponašanju deteta. Uvek treba odgovoriti na njihovu zabrinutost saosećajno. Trenutna istraživanja su potvrdila da su roditelji uglavnom u pravu u vezi svojih sumnji za detetov razvoj i ponašanje.
2. Bilo koja sumnja treba da se evaluiira od strane pedijatra, dečijeg psihijatra, neurologa, defektologa ili tima specijalista.
3. Pedijatri prilikom svake posete deteta treba da obrate pažnju na sve aspekte razvoja, posebno na ponašanje deteta ili mlade osobe, način komunikacije, raspoloženje, gubitak na težini, fizičke simptome, znake samopovredjivanja, teškoće koncentracije, nagli pad uspeha u školi, poremećaje spavanja i dr.
4. Uvek kada posumnjaju treba da upotrebe neki od preporučenih dijagnostičkih testova i upitnika. Ako nisu dovoljno obučeni, dete treba odmah uputiti specijalisti, a po mogućstvu u ustanovu sa multidisciplinarnim timom stručnjaka.
5. Pedijatri treba da nastave da promovišu vakcinaciju za svu decu. Samo sveobuhvatnom vakcinacijom se preveniraju životno ugrožavajuće infektivne bolesti. Roditelje treba uveriti da ne postoje naučni dokazi da MMR ili bilo koja vakcina izaziva mentalne poremećaje.
6. Savetuje se genetičko testiranje za porodice u kojima postoje pacijenti sa mentalnim poremećajima za koje se zna da imaju genetski način nasledjivanja.
7. Kada se postavi dijagnoza mentalnog poremećaja uputiti roditelje na adekvatnu literaturu i informacije o bolesti, načinima lečenja, pravima i grupama podrške.
8. Dete ili mladu osobu sa sumnjom na dijagnozu ili postavljenom dijagnozom ne treba izolovati iz kolektiva.
9. Pedijatri moraju biti informisani o svim vidovima lečenja, uključujući i alternativne da bi porodicama dali adekvatne odgovore o koristi i štetnosti istih kada im se obrate.
10. Pedijatri bi trebalo da pruže adekvatan tretman ovim pacijentima kada se nadju u objektima primarne zdravstvene zaštite (potruditi se da ne čekaju dugo, obučiti ostalo medicinsko osoblje za kontakt sa njima..)

11. Ne zaboravite: Briga za roditelje je briga za dete!

Implementacija

Implementacija svega navedenog nije moguća bez kontinuirane edukacije pedijatara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na njima je velika odgovornost, a uloga presudna u ranom prepoznavanju simptoma i znakova mentalnih problema. Implementacija zavisi i od nadležnih institucija koje treba da povećaju broj obaveznih preventivnih poseta pedijatrima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Potrebna je i bolja koordinacija raznih službi koje se bave mentalnim zdravljem. Potreban je i javno zdravstveni pristup kojije fokusiran na kontrolu faktora rizika, kao i na promociju i povećanju protektivnih faktora. Ono što je svakako najpotrebnije je izrada smernica za skrining, dijagnostiku i intervencije kod dece i mladih sa mentalnim zdravstvenim problemima.

Literatura

1. Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge MA: World Health Organization. 1996.
2. Murray C., Lopez A. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
3. Kessler RC., Amminger GP., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:359–364. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c, PMID: 17551351.
4. Membride H. Mental health: early intervention and prevention in children and young people. *Br J Nurs* 2016; May 26-Jun 8;25(10):552-4, 556-7. doi:10.12968/bjon.2016.25.10.552. Review. PubMed PMID: 27231738.
5. Klein R, Slomkowski C. Treatment of psychaitric disorders in children and adolescents. *Psychopharma Bull* 1993; 29:525-535.
6. Dragana Lozanović, Nenad Rudić, Darinka Radivojević; Podrška razvoju dece u ranom detinjstvu; Udruženje pedijatara Srbije, 2013.
7. Sameroff AJ, Seifer R, Bartko WT. Environmental perspectives on adaptation during childhood and adolescence. In: Luthar SS, Burack JA, Cicchetti D, Weisz J (eds) *Developmental psychopathology: perspectives on adjustment risk and disorder*. Cambridge University Press, New York, 1997; pp 507–526 54.
8. Nora Wille, Susanne Bettge, Ulrike Ravens-Sieberer and the BELLA study group, Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Child Adolesc Psychiatry* 2008; [Suppl 1] 17:133–147. DOI 10.1007/s00787-008-1015-y
9. Shonkoff JP. *Handbook of early childhood interventions-second edition*. 2000.
10. Dragana Lozanović, Nenad Rudić, Darinka Radivojević; Podrška razvoju dece u ranom detinjstvu; Udruženje pedijatara Srbije, 2013.
11. American Academy of Pediatrics, Committee on Children with Disabilities. The Pediatrician's role in the diagnosis and

- menagement of autistic spectrum disorder in children. Pediatrics 2001; 107; 1221. DOI: 10.1542/peds.107.5.1221.
12. Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustün, T. B. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry 2007; 20(4), 359-64. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc8cPMID: 17551351.
 13. Academy of Medicine Singapore-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines Workgroup on Autism Spectrum Disorder. Academy of Medicine Singapore-Ministry of Health clinical practice guidelines: Autism spectrum disorder in pre-school children. Singapore Med J 2010; 51(3):255-263.
 14. Dawson G, Osterling J. Early intervention in autism. In: Guralnick MJ, ed. The Effectiveness of Early Intervention. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co; 1997:307–326.
 15. Thomsen PH. Schizophrenia with childhood and adolescent onset--a nationwide register-based study. Acta Psychiatr Scand 1996; 94:187–193.
 16. Granpeesheh D, Tarbox J, Dixon DR. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. Ann Clin Psychiatry 2009;21(3):162-73
 17. Lela Veljkovic...(i dr). Smernice za skrining, dijagnostiku i intervencije kod dece sa poremećajem iz spektra autizma. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. 2018.
 18. Lang R, Hancock TB, Singh NN. Early intervention for young children with autism spectrum disorder. 2016. 301p
 19. McGorry, PD, Killackey E. and Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008; 7: 148-156. doi:10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x

Primljeno/Received: 10.03.2019

Prihvaćeno/Accepted: 20.03.2018.

Correspondance to:

Dr Marija Tošić Mijajlović
11080 Beograd, Karadjordjeva 10/22, Zemun
Tel: 0653173022
E-mail adresa: docmarija@gmail.com
