

РАННО ОТКРИВАНЕ, ОЦЕНКА И ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ РАЗСТРОЙСТВОТА ОТ АУТИСТИЧНИЯ СПЕКТЪР В БЪЛГАРИЯ – РЕЗУЛТАТИ ОТ ФОКУС-ГРУПИ СЪС ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ

Г. Искров^{1,2}, Е. Енева², Г. Василев³, Р. Стефанов^{1,2}, Р. Канал Бедиа⁴, М. Посада де ла Паз⁵

¹Катедра по социална медицина и обществено здраве, Факултет по обществено здраве, МУ– Пловдив

²Институт по редки болести – Пловдив

³Медицински факултет, Медицински университет – Пловдив

⁴Университет на Саламанка, Саламанка – Испания

⁵Научноизследователски център по редки болести, Институт по здравеопазване „Карлос III” – Мадрид, Испания

EARLY DETECTION, ASSESSMENT AND INTERVENTIONS IN AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN BULGARIA – RESULTS OF FOCUS GROUP DISCUSSIONS WITH STAKEHOLDERS

G. Iskrov^{1,2}, E. Eneva², G. Vasilev³, R. Stefanov^{1,2}, R. Canal Bedia⁴, M. Posada de la Paz⁵

¹Department of Social Medicine and Public Health, Faculty of Public Health, Medical University – Plovdiv

²Institute for Rare Diseases – Plovdiv

³Faculty of Medicine, Medical University – Plovdiv

⁴University of Salamanca – Salamanca, Spain

⁵Institute of Rare Diseases Research, Institute of Health Carlos III – Madrid, Spain

Резюме. Съществуват три нива на професионална помощ при разстройствата от аутистичния спектър (РАС) – скрининг, оценка (включваща и поставяне на диагноза) и интервенции. Ранната оценка и диагноза способстват за ранно начало на персонализирани и координирани интервенции с цел подпомагане развитието на детето. За да се стигне до ранна диагноза обаче, ключово значение има ранното разпознаване на суспектни случаи. Настоящата публикация представя опита и нагласите на родители на деца с РАС, доставчици на медицински и здравни услуги, доставчици на социални услуги относно възможностите и перспективите за ранен скрининг, ранна оценка и ранни интервенции за РАС в България. Проведени са фокус-групи с представители на тези три заинтересовани страни. Критичният анализ има за цел да идентифицира основните проблеми, както и да изведе консенсусни насоки за тяхното преодоляване. Нарастващата болестност и повишената чувствителност на обществото налагат преосмисляне на общественоздравната политика за РАС у нас. Обучението на специалисти и родителите на деца с РАС има ключово значение за устойчивостта и ефективността на действията в тази област. Координацията между институциите и партньорството със заинтересованите страни са важен компонент за начало на дебат по въпросите на РАС в България.

Ключови думи: аутизъм, разстройства от аутистичния спектър, ранен скрининг, ранна диагноза

Abstract. There are three main levels of professional care in autism spectrum disorders (ASD) – detection, assessment (including diagnosis) and interventions. Early assessment and diagnosis facilitate early onset of personalized and coordinated interventions to promote child development. In this context, early detection

of suspected cases is of key importance in ASD management. This publication presents the experience and attitude of parents of ASD children and providers of medical and social care on the opportunities and prospects for early detection, early assessment and early interventions for ASD in Bulgaria. Focus group discussions were held with representatives of these three stakeholder categories. The critical analysis aims to identify the main problems and to draw up consensus guidelines for future actions. Growing prevalence and increased societal sensitivity call to reconsider the public health policy for ASD in Bulgaria. Training of specialists and parents of ASD children is crucial for the sustainability and effectiveness of actions in this field. Coordination between institutions and multistakeholder partnerships are important components for starting a debate on ASD in Bulgaria.

Key words: autism, autism spectrum disorders, early detection, early diagnosis

ВЪВЕДЕНИЕ

Разстройствата от аутистичния спектър (РАС) най-общо могат да бъдат определени като невро-развитийна патология, която засяга начина, по който детето възприема и взаимодейства със заобикалящия го свят. При голяма част от децата с РАС това състояние е видимо още във възрастта между 1 и 2 години [1].

Съществуват три нива на професионална помощ при РАС – скрининг, оценка (включваща и поставяне на диагноза) и интервенции. Ранната диагноза при РАС е тази до 3-годишна възраст на детето [2]. Съгласно действащия медицински стандарт по психиатрия, тази диагноза у нас се поставя от екип, който включва най-малко детски психиатър и детски клиничен психолог [3]. Ранната оценка и диагноза способстват за ранно начало на персонализирани и координирани интервенции с цел подпомагане развитието на детето. За да се стигне до ранна оценка и диагноза, ключово значение има ранното разпознаване на суспектни случаи. Скринингът за РАС се предприема обикновено при деца, които при профилактичните прегледи са със съмнение за проблеми в нервнопсихичното развитие. Актуалните ръководства в тази област обаче препоръчват скринингът за РАС да се извършва при всички деца [1].

През последните години РАС са обект на засилен интерес както в сферата на обществено здраве, така и сред обществото като цяло. Подобни процеси се наблюдават във всички европейски страни. През 2018 г. приключи най-мощният научноизследователски проект за РАС, финансиран от Европейския съюз (ЕС). Autism Spectrum Disorders in Europe (ASDEU) обедини усилията на 20 партньори от 14 страни, включително България. Основна цел на ASDEU бе изработване на нов, основан на доказателства общественоздравен модел за РАС с фокус към

ранен скрининг, ранна оценка и ранни интервенции [4].

Настоящата публикация има за **цел** да представи опита и нагласите на заинтересованите страни относно възможностите и перспективите за ранен скрининг, ранна оценка и ранни интервенции за РАС в България. Критичният анализ има за цел да идентифицира основните проблеми, както и да изведе консенсусни насоки за тяхното преодоляване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В рамките на проект ASDEU бяха проведени три фокус-групи – една с родители на деца с РАС, една с доставчици на медицински и здравни услуги за РАС и една с доставчици на социални услуги за РАС. Всяка фокус-група включва по четирима участници и един модератор. Участниците са предварително запознати с проекта и неговите цели, както и с въпросите за дискусия.

Трите фокус-групи се проведоха в София през 2015 г. Всяка от тях продължи средно около 40 минути. Всички предварително заявили участие се включиха в дискусиите. След провеждане на фокус-групите, записите от тях са транскрибирани, анонимизирани и анализирани.

РЕЗУЛТАТИ

По отношение на ранния скрининг участниците са на мнение, че откриването на РАС у нас става най-вече по инициатива на родителите, не толкова като резултат от организирана здравна политика (табл. 1). Отбелязано е незадоволителното ниво на информираността сред общопрактикуващите лекари. Прави впечатление доброто взаимодействие между специалистите, работещи в детски ясли, и родители, както е видно от дискусията във фокус-групата с родители на деца с РАС.

Участниците посочват редица пречки за ранната оценка и поставяне на диагноза (табл. 2). Ограничаващ фактор е малкият брой специалисти с клиничен опит за диагностициране на PAC, които са концентрирани само в няколко центъра в страната. Друг важен момент, признаван и от самите родители на деца с PAC, е липсата на сътрудничество от страна на родителите. Това се дължи както на ниска или неправилна информираност за PAC, така и на естествената трудност да се приеме първоначално наличието на такъв проблем при детето. Въпреки всичко, специалистите отчитат подобрение по този въпрос през последните

години, наблюдавайки тенденция за намаляване на възрастта на децата при диагностициране.

В трите фокус-групи участниците се обединяват около необходимостта от индивидуален подход при PAC (табл. 3). Всяко дете в зависимост от своите потребности и напредък трябва да има достъп до гъвкав набор от медицински, здравни и социални услуги. Независимо от това, няма консенсус относно стратегията за предоставяне на тези услуги – дали това да става в рамките на общо звено за деца със специални потребности, или в специализирани само за PAC центрове. Всички обаче са категорични, че е трябва да има

Таблица 1. Резултати от дискусията по отношение на ранния скрининг за PAC

Фокус-група с доставчици на медицински и здравни услуги	Фокус-група с родители
<p>ДМЗУ 1: „Няма организиран начин за откриване на PAC в България. Това става по-скоро спорадично, отколкото целенасочено.“</p> <p>ДМЗУ 3: „Най-често родителите идват, насочени от детските градини и ясли. Това са сякаш местата, където има най-много хора, които са сензитивни към проблема.“</p> <p>ДМЗУ 4: „Най-вече родителите са сензитивни, сравнявайки с други деца и общувайки с други родители.“</p>	<p>Р 1: „Виждах, че нещо не е наред. Думичките, които дъщеря ми използваше, изчезнаха. От страна на личната лекарка обяснението беше „Не се притеснявай, тя трупя речник, изчакай“.“</p> <p>Р 2: „Мислехме, че е малък, да му дадем време да свикне. За мен, от личните лекари идва проблемът, не са достатъчно добре запознати.“</p> <p>Р 3: „На първия-втория месец лелките започнаха да казват, че не се обръща на името си, че е по-буен и се катери по шкафове. Минахме през личната лекарка, тя нищо не ни каза.“</p>

Използвани съкращения: ДМЗУ – доставчици на медицински и здравни услуги; Р – родители

Таблица 2. Резултати от дискусията по отношение на ранната оценка за PAC

Фокус-група с доставчици на медицински и здравни услуги	Фокус-група с родители
<p>ДМЗУ 1: „Малко са хората и местата, които са компетентни за тази диагноза, защото се изискват както обучение, така и сериозен клиничен опит не само с деца с PAC, но и с деца със сходни проблеми. Няма как някой, който не е виждал целия регистър на проблеми около PAC, да може да каже това е PAC.“</p> <p>ДМЗУ 1: „Друг фактор, който можем да наречем личен и който е разбираем, е трудността на родителите да приемат изначално, че може би детето има PAC или някаква форма на проблем.“</p> <p>ДМЗУ 2: „Това, че има доста алтернативни методи, които се рекламират къде ли не: Родителите отиват и опитват, дават луди пари, докато не се завъртят по този кръг и не разберат, че явно това не е начинът. Но се губи много ценно време за детето, защото минават 1-2 години.“</p> <p>ДМЗУ 1: „Понякога, това са много редки случаи, но има деца, които са ходили при някои специалисти от съседни специалности, които, вместо да ги насочат по типичния път – диагноза и терапевтични интервенции, сякаш са започнали нещо, което е медицинска форма, но още не е доказано, че действа при PAC, например предписване на някакви медикаменти, с надеждата да стимулират детето да проговори.“</p> <p>ДМЗУ 2: „А ние вече диагностицираме деца между 1 и 2 години! Под 2 години със сигурност, имаме много такива случаи.“</p> <p>ДМЗУ 3: „В последните години възрастта на диагностициране изключително много спадна. Все по-рядко идват деца, които са големи.“</p>	<p>Р 4: „Да не говорим за това какво става по малките градове и селата, където хората не знаят. Имала съм случаи да ми звънят и да казват „Моля, елате на място в нашата детска градина да ни помогнете, защото родителите нищо не правят“.“</p> <p>Р 4: „Имам сведения за места, в които родителите чакат повече от година, за да бъдат диагностицирани. През това време не получават никакво социално подпомагане. Тези родители не знаят към кого да се обърнат и къде да бъдат насочени.“</p> <p>Р 2: „Родителят също има своите потребности. Попадайки в такава трудна ситуация, започва да се пита защо, как, кой е виновен.“</p> <p>Р 1: „Родителите не трябва да са енциклопедии, за да знаят какво да търсят. Не са толкова фрапиращи в началото нещата, за да се забелязват. При нас не бяха. Връщайки се назад, си казвам сега, че да, ако имам второ дете, ще знам какво да търся, но тогава я няха тази информация.“</p> <p>Р 4: „И стигаме до свръхинформираността и недостатъчната, неправилна информираност, защото е сериозен проблем това, че голям процент от родителите решават, че ваксините са виновни, и минават на алтернативни подходи.“</p> <p>Р 2: „Изоставяйки във времето, нещата се влошават. Ако е диагностицирано по-рано, ако личните лекари са задължени да правят скрининг на децата по-рано и по-рано се види, че нещо не е наред, и се започне работа с детето, то има шанс да навакса и да напредне за това време.“</p>

Използвани съкращения: ДМЗУ – доставчици на медицински и здравни услуги; Р – родители

координация и колаборация между различните институции и засегнати страни.

Основните пречки пред осъществяването на ранни интервенции за РАС са няколко (табл. 3). Спецификата на тази най-малка възраст и произтичащите обективни ограничения са посочени от участниците. Отново, както при скрининга и диагностицирането, ролята на родителите е от голямо значение. Самите родители се нуждаят от специализирана помощ и обучение за работа със своите деца, като този вид мерки са и самостоятелен компонент за успешните ранни интервенции при РАС. Не на последно място, финансовата тежест е сериозен проблем. Наборът и обемът от необходими интервенции при РАС изискват значителни средства, които са непосилни за по-голямата част от семействата в България.

ОБСЪЖДАНЕ

Болестността от РАС трайно се увеличава през последните десетилетия. По най-актуални данни от 2018 г. на Центъра за контрол и превенция на заболяванията в САЩ честотата на РАС достига 1 на 59 души (15% увеличение спрямо 2012 г.). Отчетено е намаление на различията в болестността по пол (от съотношение мъже/жени 4.5:1 на 4:1), етнос и раса. Географските различия (най-висока честота на разпространение 1 на 34 в Ню Джърси спрямо най-ниска 1 на 77 в Арканзас) се обясняват не толкова с различия в самите популации, колкото с различно ниво на скрининг и диагностициране. Авторите отбелязват също, че няма промяна във възрастта при поставяне на диагноза – малко над 4-годишна възраст, въпреки че РАС могат да бъдат надеждно диагностицирани още на 2-годишна възраст [5]. Подобни данни биват докладвани и за страните от ЕС [6-7].

Независимо от възможните причини за нарастващата болестност от РАС, една от най-важните последици е необходимостта от реструктуриране и реорганизация на медицинските и здравните грижи, за да могат те да отговорят на увеличената пациентска група от деца и възрастни с РАС [6]. Един от акцентите в тази нова общественоздравна парадигма е ранното откриване и оценка, които са ключови за по-нататъшното развитие на детето [8]. По данни от анализ на ASDEU на инструментите за ранен скрининг, възрастта при поставяне на диагноза РАС в ЕС остава около 3.5 години, със значителни вариации

по страни. Причините за забавяне при диагностицирането са разнообразни и не са задължително резултат от по-ниско качество на услугите за скрининг и оценка [6]. Подобно на данните от нашето проучване, местоживеенето и социално-икономическият статус на родителите са също важен фактор за ранна диагноза.

Ключови моменти за ранното откриване и оценка за РАС са първите притеснения у родителите, първият контакт с личния лекар, първото насочване към специалист и последващото проследяване [9-10]. Всеки един от тях трябва да бъде внимателно анализиран с оглед идентифициране на възможности за подобрене. Обучението както на специалисти, но така също и на родители, е съществен елемент. Както показват нашите резултати, сътрудничеството и разбирането от страна на семейството са незаменими за ранната диагностика и ранните интервенции след това. Необходимо е да се работи в тази насока, защото по своята същност обучението на родителите гарантира дългосрочна устойчивост и ефективност на общественоздравните политики за РАС.

Финансирането на услугите за РАС – медицински, здравни, социални и образователни – остава съществен проблем. Необходимостта от голям набор индивидуализирани интервенции за всяко дете изисква значителен ресурс, надвишаващ възможностите на отделните родители [6]. Международното сътрудничество и проекти са един възможен, но не напълно достатъчен източник на средства. За да бъде затвърдена ползата от такива проектни дейности на местно ниво, е необходима подобрена координация между отделните институции. В рамките на проведените фокус-групи нееднократно бе повдигната идеята за план за координирани действия между здравни, социални и образователни органи, заедно със заинтересованите страни. Не на последно място, беше изтъкната ролята на съответните специалисти, на тяхното обучение и придобиването на практически опит. Една стратегия за РАС не би била възможна за реализиране без подготвени кадри.

Обсъждането на резултатите от настоящата публикация трябва да бъде направено със съответните ограничения. Фокус-групите бяха проведени през 2015 г. За тригодишния период от тогава бяха предприети редица мерки и действия по отношение на ранния скрининг, ранната оценка и ранните интервенции за РАС в България. Една

Таблица 3. Резултати от дискусията по отношение на ранните интервенции при РАС

Фокус-група с доставчици на медицински и здравни услуги	Фокус-група с родители	Фокус-група с доставчици на социални услуги
<p>ДМЗУ 2: „Проблемът е за най-малките. Защото, ако е във възрастта на детската градина, от 3 години, да речем, може да ходи на детска градина с ресурсно подпомагане, тоест с логопед, с психолог, с ресурсен учител. Хем да бъде в нормална среда на връстници, хем да получава помощ. Докато в яслената възраст не може да стане това нещо.“</p> <p>ДМЗУ 3: „Няма един път за всяко дете с РАС. Пътят за всяко дете е различен и може да се променя във всеки един момент от неговото развитие. Трябва да има максимално различни форми, които гъвкаво да обслужват децата и родителите.“</p> <p>ДМЗУ 4: „Сблъскваме се с много голям проблем с финансирането. Това са скъпоструващи услуги и родителите не могат да си позволят системна работа с детето. Интервенции от най-ранна възраст до края на живота.“</p> <p>ДМЗУ 1: „В София има център само за деца и младежи с РАС. Те имат на разположение специалисти, които са компетентни в терапевтичната работа с тези деца, най-малкото защото работят само с такива деца. Второто – родителите не заплащат и не се лутат къде какъв специалист да намерят. Трето – ангажират общините. Друго, което е положително, е, че те се опитват да разширяват своята дейност, да откриват втори център, който ще е дневен.“</p> <p>ДМЗУ 3: „Да, ще е целодневен и ще се фокусират върху малката възраст.“</p> <p>ДМЗУ 4: „Това отделяне на едните от другите не мисля, че е полезно за аутистите. Напротив, те, ако са само аутисти, какво общуване се получава вътре? Много по-добре е вече създадената система от социални услуги към Социалното министерство, не към Здравното, на центрове за деца с увреждания. Не знам дали знаете каква е разликата? Дневен център за деца с увреждания е целодневен, но може и почасово. Център за социална рехабилитация и интеграция са почасови услуги. Детето може да си ходи на градина или на училище. Ако има нужда от логопед и психолог, ходи там през седмицата за няколко часа и работи със съответния специалист. Това вече го има изградено и дано се развива.“</p>	<p>Р 4: „След като имат заветния ТЕЛК, родителите могат да кандидатстват за социална услуга “Център за социална рехабилитация и интеграция”, където почасово могат да получават нужната им терапия. Тя, разбира се, не е 8 часа на ден, което е проблем, защото не е достатъчно само 2 пъти седмично да се ходи.“</p> <p>Р 4: „По принцип общините на много места предлагат такива центрове. Те са смесени, не са специализирани само за деца с РАС. В София обаче има един тясно специализиран за РАС.“</p> <p>Р 4: „Моделът извън България е да не са строго изолирани само деца с РАС, а например деца с РАС и деца с Даун.“</p> <p>Р 1: „Децата с РАС по-скоро им се радват и са чувствителни и искат да помогнат на дете, което е в такава ситуация.“</p> <p>Р 2: „Отива при дадения човек, усеща, че той има някакво затруднение и е много позитивна, много грижовна.“</p> <p>Р 2: „Ползваме логопед, психолог. И доста други терапии. Лечебна езда, плуване – адаптирана физическа активност за деца с проблеми, поведенчески анализ.“</p> <p>Р 4: „Всякакви алтернативни. Всичко, което не е логопед и психолог, са алтернативни и всеки родител си решава къде ще си инвестира парите.“</p> <p>Р 1: „Ерготерапия, арттерапия, музикотерапия.“</p> <p>Р 2: „Ние бяхме на диета без казеин и глутен. В самото начало правихме тази диета, около 2 месеца и половина, при което дъщеря ми получи едно много силно и неприятно разстройство. След което аз реших, че е голяма глупост да се подлага на диета дете, без да е установено дали има нужда. Направих изследвания за поносимост, оказа се, че има добра поносимост и стигнах до извода, че тази диета не е адекватна в случая.“</p> <p>Р 1: „При нас приложно-поведенческият анализ изигра огромна роля. Ние съчетаваме с говорна терапия и като цяло тя изигра много добра роля.“</p> <p>Р 3: „Това е строго индивидуално, защото всяко дете е специфично. За нас примерно е важна ерготерапията, защото примерно синът ми е хиперактивен и има сензорни дефицити и това най-помага за неговото по-стабилно състояние.“</p> <p>Р 4: „Минимумът, аз съм го изчислявала, е 800 лв. Минимумът!“</p> <p>Р 1: „Около 1000 лв. съм ги смятала аз. На месец.“</p> <p>Р 4: „Държавата поема това, което получаваш с ТЕЛК в съответния център. Няма НЗОК. Няма клинични пътеки.“</p> <p>Р 1: „Другото, което си мисля, че също е добре, но не се прави в България, е отпускане на ваучери според терапиите на детето. Родителят да решава на какви и колко терапии ще го заведе.“</p>	<p>ДСУ 2: „Ранна интервенция в България няма. Преди две години стартираха 28 пилотни проекта за ранна интервенция, но след изтичането на проекта това остана в миналото. Ранната интервенция не е разписана като услуга. Това е невъзможно на този етап да се случва. Може би се правят опити на отделни места, когато има мобилни групи към определени услуги, тъй като имам такава информация от страната, че поемат много малки деца и ходят по домовете да правят рехабилитация, но ранна интервенция като услуга в България няма на този етап.“</p> <p>ДСУ 2: „Има доста чакащи. Някои се отказват.“</p> <p>ДСУ 2: „Всяко дете посещава центъра между 4 и 8 часа седмично. Всеки специалист води по 15 случая. С децата се работи само индивидуално.“</p> <p>ДСУ 2: „Финансирането е основна пречка. Издръжката за тези услуги е недостатъчна. Стандартите не са проблем.“</p> <p>ДСУ 1: „От гледна точка на методиката, има доста пропуски по отношение на работата, която един специалист трябва да извършва. Много често работата, която трябва да правим по тази методика, е свързана единствено и само със сесиите с деца в центъра и не е определено време за работа с родителите, няма възможност за връзка с други специалисти, за връзка с образователната система. В рамките на нашия работен ден ние не можем да правим това. А всъщност това е много голяма част от нашата работа, защото целта в тези центрове не е само да бъдат защитена изкуствена среда, а детето да може да изгради умения, които после да пренесе навън, в средата, в която живее.“</p> <p>ДСУ 1: „Броят часове, които искат специалистите да имат на седмица с деца, е несъобразен със спецификата на работата. Тъй като тези деца в голямата си част са психотично функциониращи, изключително тежки случаи, не би трябвало да изискват да имаме толкова голяма бройка часове. Това не е съобразено и с децата, и със специалистите.“</p> <p>ДСУ 4: „Ние сме се пробвали неколкратно да предлагаме безплатна терапия за родители. Имаше фамилна терапия, най-различни варианти и от всичките 40 семейства, 2 се заявиха, 1 тръгна за много кратко и това е голям проблем, защото родителите с течение на времето се изхабяват много. Не съдействат, защото са изключително изтощени и наистина се нуждаят от много подкрепа.“</p> <p>ДСУ 1: „Това е нещо както при зависимите – не може да работиш със зависим, ако не работиш със семейството му, защото няма да има напредък. По същия начин – трябва да бъде подкрепено цялото семейство.“</p>

Използвани съкращения: ДМЗУ – доставчици на медицински и здравни услуги; Р – родители; ДСУ – доставчици на социални услуги

от най-значимите мерки е проектът „Развитие на ефективни програми за ранна диагностика на децата с аутизъм в България чрез прилагане на международни стандартизирани инструменти“, осъществен от екипа на Клиниката по детска психиатрия „Свети Никола“ към УМБАЛ „Александровска“ [1]. Въпреки цялостния напредък у нас обаче, констатациите от фокус-групите за основните проблеми при ранния скрининг, оценка и интервенции за РАС са все още валидни.

Изводи

Нарастващата болестност от РАС и повишената чувствителност на обществото по тези проблеми налагат преосмисляне на общественоздравната политика у нас за тези състояния. Важен фокус в комплекса от мерки и услуги трябва да бъдат ранният скрининг, ранната диагноза и ранните интервенции. Обучението на специалисти и на родителите на деца с РАС има ключово значение за устойчивостта на тези дейности. Координацията между институциите и партньорството със заинтересованите страни са важен компонент за начало на дебат по въпросите на РАС в България.

Финансиране. Настоящата публикация е част от проект Autism Spectrum Disorders in the European Union (ASDEU), SANCO/2014/C2/035, финансиран от Европейската комисия. Съдържанието на настоящата публикация не отразява непременно позицията или становището на Европейската комисия. Отговорност за изразените становища носят единствено авторите и тези становища не следва да се считат за официална позиция на Европейската комисия.

Библиография

1. Терзиев Д, Аврамова А, Полнарева Н. Разстройства от аутистичния спектър. Разпознаване, оценка и интервенции. Насоки за професионалисти, работещи с деца. Клиника по детска психиатрия „Свети Никола“, УМБАЛ „Александровска“, 2016.
2. Попов Н. Ранна диагностика на разстройство от аутистичния спектър. В: Педиатрични аспекти на аутизма в светлината на медицината на доказателствата. Иванов И, Пилософ В (ред.). Пловдив, Лакс бук, 2016, 144-151.
3. Наредба № 24 от 7 юли 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт “Психиатрия”. Издадена от Министерството на здравеопазването Обн. ДВ. бр.78 от 7 Септември 2004 г., изм. ДВ. бр.69 от 3 Септември 2010 г., изм. ДВ. бр.92 от 23 Ноември 2010 г., изм. ДВ. бр.49 от 29 Юни 2012 г., изм. и доп. ДВ. бр.37 от 17 Май 2016 г.
4. Autism Spectrum Disorders in the European Union (AS-DEU). <http://asdeu.eu/> (последно посетен на 24 юни 2018 г.)
5. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ* 2018;67(No. SS-6):1-23.
6. Magán-Maganto M, Bejarano-Martín Á, Fernández-Alvarez C, et al. Early Detection and Intervention of ASD: A European Overview. *Brain Sci.* 2017 Dec 1;7(12). pii: E159.
7. García-Primo P, Hellendoorn A, Charman T, et al. Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014 Nov;23(11):1005-21.
8. Терзиев Д, Полнарева Н. Разстройства от аутистичния спектър. *Обща медицина.* 2011;13(2):24-31.
9. Бистриан А, Стайкова С, Аврамова А и др. Разстройства от аутистичния спектър – предизвикателства на класифицирането, диагностиката и интервенциите. Във: Педиатрични аспекти на аутизма в светлината на медицината на доказателствата. Иванов И, Пилософ В (ред.). Пловдив, Лакс бук, 2016, 122-133.
10. Иванов И. Педиатричен поглед върху аутизма: значение, честота, симптоми, поведение. Във: Педиатрични аспекти на аутизма в светлината на медицината на доказателствата. Иванов И, Пилософ В (ред.). Пловдив, Лакс бук, 2016, 9-38.

✉ *Адрес за кореспонденция:*
Георги Искров
e-mail: iskrov@raredis.org