МОДЕЛИ ПОДРШКЕ ОСОБАМА СА СМЕТЊАМА У РАЗВОЈУ У СИСТЕМУ СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТЕ УСМЕРЕНИ НА УНАПРЕЂИВАЊЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Неда Новаковић¹, Марина Видојевић², Милијана Лазаревић³

MODELS OF SUPPORT AIMED AT THE IMPROVING OF MENTAL HEALTH OF PERSONS WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES IN THE SOCIAL WELFARE SYSTEM

Neda Novaković, Marina Vidojević, Milijana Lazarević

Сажетак

Социо-економски развој и ментално здравље друштва су суштински повезани, јер социо-економски и психосоцијални фактори (сиромаштво, незапосленост, несигурни услови живота и маргинализација) у највећој мери дефинишу здравље становништва, и ментално здравље у ужем смислу.

Ниједна социјална група или појединац нису имуни на менталне поремећаје, али је ризик од нарушавања менталног здравља већи међу сиромашнима, незапосленима и особама ниског образовног статуса, као и међу жртвама насиља, децом и адолесцентима, старијим особама, особама са развојним тешкоћама и са инвалидитетом.

Осетљиве, односно вулнерабилне групе подложне ризику факторима, изложене су доминацији негативних у односу на факторе заштите и снаге. У овој популацији обично проблем није само код појединца већ обухвата читаву породицу. Данас проблеми менталног здравља прожимају друштво у целини, а унапређење менталног здравља представља изазов глобалног развоја.

У овом раду истиче се важност модела подршке који, као средински чиниоци, могу бити пресудни у одређивању тока и исхода психичког стања особа. Одговарајућим утицајима средине могуће је обликовати и побољшати, унапредити и/или превенирати

Summary

Socio-economic development and mental health of society are essentially related because both population's health and mental health in the strict sense are to the greatest extent defined by the socio-economic and psychosocial factors (poverty, unemployment, uncertain living conditions and marginalization).

No social group or an individual are immune to mental disorders but the risk of mental health disturbance is higher among the poor, the unemployed and persons of low educational status, as well as among the victims of violence, children and adolescents, older persons, persons with developmental difficulties and with disabilities.

Sensitive or vulnerable groups susceptible to risk factors are also exposed to the dominance of negative factors in relation to factors of protection and empowerment. Usually, in this population, the problem is not only in the individual but also involves the whole family. Mental health issues permeate the whole of society, so the improvement of mental health presents a challenge to global development nowadays.

This paper highlights the importance of support models which, as environmental factors, can be crucial in the determining of person's mental condition development and outcome. It is possible to reshape and improve,

¹ Неда Новаковић, дипл. дефектолог – олигофренолог, Центар за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју Београд – Дневни боравак „Сунце“, Београд.

² Марина Видојевић, дипл. дефектолог – логопед, специјалиста социјалне рехабилитације, Центар за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју Београд – Дневни боравак „Сунце“, Београд; vidojevic.marina.bg@gmail.com

³ Милијана Лазаревић, дипл. педагог, Центар за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју Београд – Дневни боравак „Сунце“, Београд.

психичко стање особа са сметњама у развоју. У раду се, такође, наглашава важност стручних служби које су компетентне у креирању адекватне средине. Дакле, циљ, рада је указивање на значај интегративног приступа у креирању адекватних срединских услова за унапређење психичког и менталног здравља особа са сметњама у развоју, уже и шире заједнице.

Кључне речи: ментално здравље, особе са сметњама у развоју, породица, модели подршке, утицај средине, интегративни приступ.

enhance and/or prevent the mental condition of persons with developmental disabilities by appropriate environmental influences. The paper also emphasizes the importance of professional services that are competent in creating an adequate environment. Thus, the aim of this paper is to indicate the importance of the interactive approach in creating of adequate environmental conditions, in both local and wider community, for the improvement of the physical and mental health of individuals with developmental disabilities.

Keywords: mental health, persons with developmental disabilities, family, models of support, environmental influences, integrative approach

УВОД

Ментално здравље се може дефинисати као стање добробити, где свака индивидуа постаје свесна својих способности, може да се носи са нормалним стресом у животу, у стању је да ради продуктивно и способна је да оствари лични допринос за своју заједницу.⁽¹⁾ Посматрано на овај начин, ментално здравље представља темеље за благостање и ефикасно функционисање како за индивидуу, тако и за заједницу. Овај кључни концепт менталног здравља је применљив за све врсте различитих култура.

Ментално здравље и поремећаји менталног здравља су одређени од стране вишеструких и интерактивних фактора, као што су: социјални, психолошки, биолошки и фактори генералног здравља и болести. Учесталост проблема менталног здравља у општој популацији се креће и до 25%, а чине га – спектар осећајних тешкоћа и проблема понашања који немају ниво испољавања довољан за постављање дијагнозе по свом интензитету, трајању, степену ометања свакодневног функционисања, већ егзистира као субклиничка манифестација или прекурсор менталног обољења. Термин

ментални поремећај користимо за означавање клинички препознатљивог скупа симптома или понашања који омета свакодневно животно функционисање.

Социјално-економски развој и ментално здравље друштва су суштински повезани, јер социо-економски и психосоцијални фактори (сиромаштво, незапосленост, несигурни услови живота и маргинализација) у највећој мери дефинишу здравље становништва. У већини земаља, нарочито са ниским и средњим дохотком, услуге за ментално здравље су у недостатку ресурса, како људских тако и финансијских.⁽¹⁾

Ниједна социјална група нити појединац нису имуни на менталне поремећаје, али је ризик од нарушавања менталног здравља већи међу сиромашнима, незапосленима и особама ниског образовног статуса, као и међу жртвама насиља, избеглицама, мигрантима, децом и адолесцентима, старијим особама, особама са развојним тешкоћама и са инвалидитетом.^(2, 3)

Посебно нам је битна популација особа са сметњама у развоју и њихово ментално и психичко стање, као и чланова њихових породица и уже заједнице, ниво толеранције, разумевања.

Уместо пружања неге, као главне окоснице у збрињавању у установама стационарног типа, требало би проширити и ојачати службе и установе у локалним срединама и омогућити интегративни, мултидисциплинарни приступ.

Интегративни приступи у систему подршке и инклузији у установама отвореног типа у локалној заједници су више од неге и збрињавања и више од образовања и доприносе већем квалитету у сваком погледу и заштити менталног здравља, како у превентивном смислу тако и у праћењу и брзом реаговању уколико се примете већи проблеми који настају.

Глобални акциони план заштите менталног здравља Светске здравствене организације (СЗО) базиран је на четири стратегије које би требало да помогну у: 1) прикупљању информација о димензијама проблема менталног здравља и доступним ресурсима; 2) пружању одговарајуће технологије и знања; 3) подизању свести кроз образовање о људским правима и дестигматизацији, и 4) креирању политике изградње локалних капацитета за истраживање у области менталног здравља.⁽²⁾

Данас проблеми менталног здравља прожимају друштво у целини, а унапређење менталног здравља представља изазов глобалног развоја.^(2, 3)

ОПШТИ ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА ПСИХИЧКО И МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ

Заштитни утицаји и/или негативни утицаји

Заштитни фактори могу бити саме особине личности која је изложена ризику факторима, затим у породици – снага породице и у средини – ефикасност, сензибилисаност и компетентност служби. Личне карактеристике, личне снаге, капацитети које личности помажу да превазиђе изазове и фрустрације и пренебрегне ситуације су: више интелектуалне способности, интересовања,

хобији, добре вештине комуникације, просоцијална оријентација, егзистенцијална – материјална сигурност. Снага породице која је у улози заштитног фактора се огледа у барем једном позитивном односу са родитељем, топлини, одговарајућој, адекватној дисциплини, подржавајућем односу и одсуству озбиљних сукоба. Снага средине као заштитног фактора укључује подржавајућу заједницу, виши животни стандард, одговарајући школски систем, могућности за друге активности, ефикасне службе, међуинституционалну сарадњу.

Негативни утицаји који могу бити везани за појединца су: генетски утицаји, ниске когнитивне способности и тешкоће учења, развојно заостајање, тешкоће комуникације, ниско самопоштовање, хронично физичко обољење, церебрално оштећење, телесна или сензорна инвалидност, или неретко удруженост више фактора. Негативни утицаји у породици се односе на првом месту на породичне релације, родитељске сукобе, распад породице, недоследне васпитне утицаје, хостилност, одбацујуће односе, неуспех у прилагођавању потребама члана који је у вишем степену стања потребе у односу на друге чланове породице (најмлађег или најстаријег члана или хронично оболеле особе или особе са инвалидитетом). Даље, неповољни утицаји унутар породице су злостављање и занемаривање у свим облицима, губитак блиских чланова породице, трагични догађаји у породици. Негативни утицаји у средини су сиромаштво, насиље, несреће, дискриминација, одсуство или неразвијеност служби, неуређеност ситета.⁽¹²⁾

Све има своју двојаку улогу, оно што може бити шанса и снага, може бити и генератор и извор ризика на сваком нивоу, личном, породичном, друштвеном.

Када је изложеност негативним утицајима јача у односу на заштитне?

Осетљиве групе, подложне ризику факторима, изложене доминацији негативних фактора у односу на факторе заштите и снаге су вулнерабилне групе: деца са развојним ризиком, деца и особе са сметњама

у развоју, особе са инвалидитетом, хронични болесници, психијатријски болесници и чланови њихових породица; породично или друштвено изложени негативним социоекономским факторима. Код вулнерабилних група, обично проблем, односно осетљивост није само код појединца, већ обухвата читаву породицу која је први следећи степен заштите и снаге на које појединац може да се ослони. Када је и породица под притиском, онда је ослабљена или је сама генератор проблема који слаби њене чланове (чинећи ризико фактор), онда је следећи степен подршке и заштите друштво системом ефикасних, компетентних служби, које адекватно поспешују снаге појединаца и целе породице.^(14, 15)

Особе са сметњама у развоју и њихове породице изложене су посебном изазову и изискују велику снагу да би задовољили своје елементарне потребе за благостањем. У томе битну улогу игра друштво. Што је друштво развијеније, требало би да је сензитивније и да на адекватан начин има моделе решавања и превенирања проблема у циљу безбрижности појединаца тог друштва.⁽¹⁶⁾

Изложеност ризико факторима родитеља, чланова породице и особа са сметњама у развоју

Родитељи – породица

Комплексност феномена инвалидности, развојних сметњи, интелектуалних тешкоћа, одувек је погађало како саме особе са тешкоћом, тако и чланове њихових породица, што се нарочито неповољно одражава на родитеље. Као примарне изазове са којима се суочавају родитељи деце и особа са сметњама у развоју: 1) привикавање на постојање инвалидитета детета, развојне тешкоће и шта то суштински значи; 2) немогућност радног ангажовања; 3) хроничну исцрпљеност услед пружања дуготрајне неге, тешкоће у структурирању слободног времена, и 4) изложеност стресу и страху за будућност детета.⁽⁴⁾

Често је заступљено да један родитељ не ради и не посвећује се бризи о детету коме је потребна подршка и преузима на себе да до поласка у школу дете укључи у третмане на различитим крајевима града (чест случај у Београду, као и да из унутрашњости доводе децу у Београд на третмане). Сви ови фактори за као крајњу последицу могу имати и социјалну изолацију, и усложњавање психичког стања и појачан стрес који може у оваквим ситуацијама лако да пређе у хроничан што директно оставља последице на опште здравље појединца.

За око 54,5% особа са инвалидитетом неопходно је обезбедити континуирани надзор, док многи од њих нису самостални у узимању хране и/или облачењу (35%) или им је за кретање ван куће потребна помоћ другог лица (28%).⁽⁵⁾

Родитељи велики део времена старајући се проводе у кући, и чини им се да више немају довољно снаге да издрже свакодневне обавезе, услед чега им и сама помисао на активности пружања подршке детету са инвалидитетом постаје превише фрустрирајућа.⁽⁴⁾

Исцрпљеност је директан губитак снаге родитеља и породице, а тиме се смањује толеранција, стрпљење које изискују особе са сметњама у развоју. Све ово доприноси повишеној тензији, што може оставити врло негативне последице, како на само дете, тако и на остале чланове породице. Тензична, напета, нервозна атмосфера негативно утиче на особе и децу са сметњама у развоју за коју они немају личну снагу и заштиту (као што су више когнитивне функције, социјалне вештине, комуникационе вештине, области интересовања, хобије) и констатно су изложени тензији коју примају и не могу да је каналишу. То је ситуација у којој се ствара зачарани круг, где се тензија непрестано преноси и може негативно утицати на породичне релације (на функционисање целог породичног система).

Ментална и психичка стања особа са сметњама у развоју

Ментални проблеми особа са развојним сметњама, а посебно склоност ка депресивном реаговању и испољавању клиничких форми депресије, имају корен у самим почецима њиховог социјалног живота, кроз примарне форме социјалних односа унутар саме породице, али и првих вршњачких социјалних група.⁽⁶⁾

Дијагностиковање депресије код особа са интелектуалним тешкоћама често се ослања на процене родитеља, старатеља или особља које са њима ради. Међутим, то није идеално и може доћи до тзв. „дијагностичке замагљености“ симптома депресије, који остају прикривени абнормалним понашањем или за депресију атипичним симптомима.^(7, 8)

Изучавање етиолошких фактора значајних за испољавање депресије ослања се на различите теоријско-методолошке приступе, почев од изучавања: 1) наследних чинилаца (студије породичних стабала, студије близанаца); 2) одређених биохемијских аспеката (поремећај метаболизма електролита, промене у моноаминској неуротрансмисији); 3) психо-аналитичких тумачења (амбиваленција, орална фиксација, компликације објектних односа, осујећење, регресија...), и 4) доминације теорија учења (негативно поткрепљење, научена беспомоћност...)⁽⁶⁾

У недостатку позитивних социјалних поткрепљења, особе са когнитивним дефицитом испољавају поремећаје адаптивних и социјалних способности, који даље могу водити усложњавању интерперсоналних релација и испољавању депресије.

Средински чиниоци могу бити пресудни у одређивању тока и исхода психичког стања особа. Одговарајућим утицајима средине могуће је обликати и побољшати, унапредити, превенирати психичко стање особа са сметњама у развоју.

Епигенетички принцип

Област епигнетике проучава модулацију експресије гена тј. активацију и инактивацију која је настала кроз митозу и мејозу а одвија се без промене ДНК секвенци. Интеракција гена и околних фактора не мења директно ДНК, односно геном, већ околина остварује свој ефекат тако што „програмира“ геном маркирајући гене који ће бити активни или неактивни у датом периоду и у датим околностима.⁽⁹⁾

За модулацију понашања најважнији фактор је фактор средине. Фактори околине: стрес, исхрана, токсини, лекови, посредством једноставних процеса метилације ДНК и ацетилације хистона, протеина око којих је омотана ДНК, регулишу стање активности и неактивности гена, на начин да их чине доступним или недоступним за факторе транскрипције РНК.⁽⁹⁾

Добра нега умањује реакцију на стрес, умањује пријемљивост на анксиозност и низ других психопатолошких стања. Епигенетске промене су релативно сталне и стабилне, али могу бити и реверзибилне. Утицаји околине настављају да модификују геном током живота.⁽⁹⁾

Интервенција и модели подршке особама са сметњама у развоју – средински чиниоци као пресудни у одређивању тока и исхода психичког стања

Развој услуга у заједници за особе са инвалидитетом и/или сметњама у развоју представља један од начина да се родитељима деце са инвалидитетом олакшају изазови у пружању дуготрајне неге. С друге стране особе у стању потребе поред елементарне неге имају потребе и за адекватном психо-социјалном подршком, коју спроводе стручна лица.

За нас у стручном раду, улога срединског фактора, искуства у најширем обиму појма је простор нашег деловања. Она отвара приступ и поступак интервенција и модела подршке који мора бити интегративан, тимски, управо како бисмо могли да имамо ефекте у раду.

Интердисциплинарност је срж интегративног приступа који умрежава више служби које треба ефикасно да делују на локалном нивоу, задовољавајући потребе. То подразумева укљученост различитих служби: здравство, образовање, социјалне службе и тим стручњака различитих професија – лекари, дефектолози, едукатори, психолози, педагози, социјални радници.⁽¹¹⁾

Сарадња са породицом подразумева психосоцијалну подршку, подршку при самом трагању за психофизичким статусом детета, затим прихватање сметње или тешкоће коју дете има, помоћ у суочавању, а онда упућивање у јасан систем мера и услуга, модела подршке. Тиме се остварује битан елемент за унапређење снаге породице а то је осећај сигурности и подршке.

Модел подршке се огледају кроз препоручене третмане и сервисе услуга који су у капацитету и стању да их пруже, затим збрињавање, нега и физичка подршка. Модел подршке су савршенији уколико имају моделе који су доступни, представљају право једнако за све и који су интегративни (заштита и третман, образовање и психосоцијална подршка).^(11, 13)

Једна од највише развијених услуга у заједници за децу и младе са инвалидитетом јесу дневни боравци. Поред ове услуге, у отвореној средини разликујемо и предах смештај, становање уз подршку и помоћ у кући. Услуга дневног боравка не подразумева само задовољење основних потреба корисника као што су исхрана, нега или чување, већ и могућности за стицање образовања и оспособљавања за рад, социјализацију и квалитетније структурирање времена у току дана.^(6, 13)

Заштита обухвата: збрињавање, негу, безбедност, сервисе услуга (превоз, физичка подршка, асистенти), елементарни неопходни ниво подршке и растерећење породице, уливање осећаја сигурности, мање зависности, ослобођење притиска физичког и временског. То је минимум неопходан за достојанство и самопоштовање који су темељи очувања менталног здравља.

Третмани, психосоцијална подршка су: укљученост у образовне процесе уз праћење адекватне, одмерене социјализације, укључености, као и прилагођеност наставног програма (когнитивним способностима или путем асистативне технологије као сензо-моторних помагача), затим збрињавање и нега у оквиру установа социјалне заштите уз стручне службе и тимове који врше процене и прописују адекватне програме третмана, радно-окупационе, спортске активности.⁽¹⁴⁾

У оквиру свих модела неопходна је психосоцијална подршка која подразумева укључивање третмана и психолошке подршке.⁽¹⁰⁾ Суштинским продирањем у проблематику особа са развојним сметњама постаје јасно да се код ових особа посебно у случајевима лаке и умерене ометености могу применити све терапијске методе које се користе и код особа без ометености, тако да долазе у обзир и методе за које се сматрало да су неприменљиве због ограничене концептуализације и вербализације интелектуално ометених – различите форме психотерапије⁽¹⁰⁾, когнитивни и емоционални тренинзи, креативна терапија и многе друге. Наравно, оне морају одговарати развојном нивоу, степену ометености и вербалним могућностима особе.⁽¹⁴⁾

Важност благовременог дијагностиковања депресије код особа са интелектуалним тешкоћама постаје све јаснија после експанзије емпиријских истраживања која су потврдила да постоји опасност непрепознавања симптома због тенденције њихове замаскираности бихевиоралним проблемима и сметњама прилагођавања. Рана дијагноза обавезна је због правовремене терапије и све је већи број терапијских процедура које се могу прилагодити специфичностима ометених особа.⁽⁶⁾

Успешно третирање депресивних поремећаја код особа са интелектуалним сметњама је тзв. интегративна терапија која подразумева учешће читавог тима стручњака – психијатра, дефектолога, психолога, социјалног радника, пре свега у давању дија-

гнозе поремећаја, а потом и у спровођењу специфичних терапеутских поступака.^(5, 11)

ЗАКЉУЧАК

На основу свега наведеног, може се закључити да је потребно радити на повећању доступности услуга дневног боравка и помоћи у кући за децу и младе са сметњама у развоју у општинама где су капацитети ових услуга знатно испод потреба потенцијалних корисника (и/или где ове услуге уопште не постоје). Такође, треба извршити дугорочне процене потреба за услугом становања уз подршку у свим општинама и почети спровођење припремних програма са потенцијалним корисницима са тенденцијом укључивања што већег броја деце и младих са инвалидитетом.⁽⁴⁾ Истраживања о разликама у функционисању породица деце и младих са инвалидитетом, који користе неку од услуга у заједници за особе са сметњама у развоју и њихових вршњака са истом врстом и степеном инвалидитета и оних који неопходну подршку добијају искључиво од чланова својих породица. Такође, неопходно је много већу пажњу посветити родитељима и породици, психо-

социјалном подршком. Сарадња, поверење родитеља и пружање подршке је много лакше уколико су и сами родитељи и породица имали позитивно искуство и од старта су на тај начин били укључени. Даље, потребно је интензивирати рад на умрежавању и ојачавању служби система, здравствено-образовно-социјалног типа. Ефикасније деловање и увођење интегративног приступа је, такође, императив. Интегративни приступ је једина мера очувања менталног здравља појединца и уже и шире заједнице. Има чак и налаза који показују да већа учесталост догађаја, социјалних контаката и већа изложеност различитим социјалним ситуацијама носи већи ризик од појаве депресивног реаговања, што говори у прилог потребе ових особа за познатошћу ситуација, лошој адаптацији, когнитивној нефлексибилности и отпору према променама. Тимским радом и умреженошћу служби се постиже системска брига и индивидуализација мере програма рада, мере стимулације. Мера је од изузетне важности јер је, као што је већ речено, довољно добра средина она где су неопходне потребе задовољене, а изазови довољни да су подношљиви.

ЛИТЕРАТУРА

1. Backović D. *Mentalno zdravlje i mentalna higijena između dva milenijuma*. Medicinski pregled 2010; 53(11): 833–8.
2. World Health Organization. *Strengthening mental health: resolution of the Executive Board of the WHO*. Geneva, WHO, 2002.
3. Jevtić M, Popović M, Bibić Ž. *Ulaganje u mentalno zdravlje*. Eskulap 2008; 3(1-2): 114–21.
4. Dimitrijević B. *Usluge u zajednici kao podrška roditeljima u pružanju dugotrajne nege deci i mladima sa invaliditetom*. Godišnjak FPN 2014; 12(11): 113–30.
5. Matković G. *Dnevni boravak kao pravo i usluga u sistemu socijalne zaštite*. Stanovništvo. 2009; 35(1): 69–88.
6. Tomić K, Mihajlović G, Mihajlović NJ, Đukić Dejanović S. *Dijagnoza i tretman depresije kod osoba sa intelektualnom ometenošću*. Acta Medica Medianae. 2011; 50(3): 81–9.
7. Gray KM, Piccinin AM, Hofer SM, Mackinnon A, Bontempo DE, Einfeld SL et al. *The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health*. Res Dev Disabil 2011; 32(3): 1194–204.

-
8. Reeves WC, Strine TW, Pratt LA, Thompson W, Ahluwalia I, Dhingra SS et al. *Public Health Surveillance Program Office. Mental illness surveillance among adults in the United States*. MMWR Surveill Summ 2011; 60 (Suppl 3): 1–32.
9. Đukić Dejanović i sar. *Psihijatrija*. Kragujevac, Univerzitet u Kragujevcu – Medicinski fakultet, 2011.
10. Willner P. *The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview*. J Intellect Disabil Res 2005; 49 (3): 73–85.
11. Došen A. *Integrative treatment in persons with intellectual disability and mental health problems*. J Intellect Disabil Res 2007; 51(2): 66–74.
12. Milićević M, Potić S, Nedović G. *Činioci socijalne participacije dece sa cerebralnom paralizom*. Zdravstvena zaštita 2015; 44(4), 52–7.
13. Nedović G, Potić S. *Dnevni boravak kao usluga socijalne zaštite – zakonski okvir i stanje u praksi*. U B. Jakovljević (Ur.), *Savremene tendencije u socijalnoj zaštiti*. Jagodina: Narodna biblioteka „Radislav Nikčević“, 35–53.
14. Maćešić-Petrović D, Kovačević, J. *Simptomatologija i tretman bihejvioralnih smetnji dece sa intelektualnom ometenošću*. Beogradska defektološka škola 2014; 20(2): 305–15.
15. Roksandić I. *Karakteristike vaspitnog stila i promene u modernoj porodici*. Beogradska defektološka škola 2014; 20(2): 413–20.
16. Cvijetić M., Slavnić S, Stanimirović D. *Klasifikacija „Nastajanje situacije hendikepa“ kao okvir za procenu i unapređenje socijalne participacije*. Beogradska defektološka škola 2014; 20(3): 701–13.
-

Контакт: Неда Новаковић, дипл. дефектолог – олигофренолог, Центар за смештај и дневни боравак деце и омладине ометене у развоју Београд – Дневни боравак „Сунце“, Београд.