

Terápiás lehetőségek autizmussal élő gyermekek ellátásában
Autizmus Alapítvány
Gy. Stefanik Krisztina, pszichológus

BEVEZETÉS

AZ ALAPOK

Jelen tanulmány célja, hogy felvázoljon egy olyan modellt, amely - felhasználva a modern autizmus-kutatásból származó adatokat, valamint a klinikai, illetve terápiás gyakorlat tapasztalatait - azt a megközelítést, terápiás attitűdöt tükrözi, amely mindezekig a leghatékonyabbnak bizonyult az autizmus spektrum zavarok kezelésében. Természetesen - ahogyan bármilyen más fejlődési zavar, vagy betegség esetében - a hatékony és felelősségteljes beavatkozás megtervezésekor elengedhetetlenül fontos, hogy tisztában legyünk az adott zavar természetével. Ugyanakkor, azokban az esetekben - és ilyen az autizmus is -, ahol még nem teljesen felderítettek az oki mechanizmusok, nem lehet kizárni az újabb eljárásokkal való ésszerű, objektíven értékelt próbálkozást, kísérletezést sem. Az intenzív kutatómunka és az egyre elmélyültebb klinikai tapasztalatok hatására napjainkra széleskörű konszenzus alakult ki az autizmus spektrum zavarokkal (leírásukkal, diagnosztikájukkal, oki hátterükkel, terápiájukkal) kapcsolatban (l. Rutter, 1999). A konszenzus hátterét adó ismeretekre pedig feltétlenül építenünk kell a terápia kidolgozásakor.

Az autizmus spektrum zavarral élő gyermekek és felnőttek esetében három viselkedés területen tapasztalunk minőségében eltérő fejlődést: a reciprok kommunikációban; a szociális interakciókban, valamint a rugalmas viselkedésszervezésben (Wing & Gould, 1979). Ez adja a szindróma koherenciáját, egységességét. Ugyanakkor a konkrét tünetek kapcsán (és vélhetően az állapotot meghatározó oki hátteret illetően is) kiemelten fontos, hogy tisztában legyünk a szindróma sokszínűségével. Ez leginkább a személyiségvonások, a mentális képességek, az autizmus súlyossága, valamint az autizmussal élő embereket érő környezeti hatások különbözőségeinek tudható be (Wing, 1996). A korai autizmus-felfogás ma már túlságosan leegyszerűsítőnek, kissé sztereotipnek hat. Azok az esetek, akik néhány évtizeddel ezelőtt autizmus diagnózist kaptak, elsősorban a klasszikus kanneri leírásnak feleltek meg. Igen fontos látnunk a diagnózissal kapcsolatos szemléletváltást, hiszen ma már tudjuk, hogy az úgynevezett kanneri esetek az autizmus spektrum zavaroknak csupán egy kisebb hányadát jelentik. Azaz, például formailag teljesen ép, mennyiségében kifogástalan beszéd mellett is tetten érhető lehet a kommunikációs deficit illetve nem csak a teljesen izolálódó gyermeknél egyértelműsíthető szociális sérülés.

Megdönthetetlen bizonyítékok szólnak amellet, hogy e fejlődési zavar organikus eredetű - legnagyobb részt genetikai meghatározottságú - agyi diszfunkció következménye. Az oki hátteret illetően kisebb arányban játszanak szerepet a környezeti faktorok (pl. intrauterin vírusinfekciók). A szülői magatartásnak, személyiségnek bizonyítottan semmilyen szerepe nincs a fejlődési zavar kialakulásában.

Nincsenek még egyértelmű válaszaink a -Pontosan mely agyterületek érintettek?- vagy a -Mely gének a felelősek?- kérdésekre. De egyre intenzívebben és egyre több eredményt felmutatva folynak a kutatások (Gillberg, 2000).

Napjainkra világossá vált az is, hogy a viselkedéses kép hátterében bonyolult információfeldolgozási mechanizmusok sérülése áll. A kommunikációs és szociális

készségekben tapasztalható nehézségekre vonatkozóan mindmáig a legnagyobb magyarázóerővel az úgynevezett naiv tudatelméleti deficit hipotézis bír (Baron-Cohen és mti, 2000). Eszerint az autizmussal élő emberek nem vagy csak kevésbé képesek arra, hogy intuitívan és automatikusan, mások mentális állapotaiból (vélekedéseiből, vágyaiból, szándékaiból) eredeztessék és magyarázzák, illetve bejósolják a viselkedést. Így a folytonos változásban, mozgásban lévő társas világ érthetetlen és kiszámíthatatlan, gyakran félelmet keltő a számukra. Emellett a rugalmas viselkedésszervezés terén azonosítható sérülés feltehetően az úgynevezett végrehajtó működések zavarával magyarázható (Ozonoff, 1997). Ezek az átlagos esetben tudatos erőfeszítés nélkül működő funkciók működtetik azt a problémamegoldó rendszert, amely lehetővé teszi célvezérelt viselkedések kivitelezését. Ilyen működés például a tervezés; a kézenfekvő, de helytelen válaszok gátlása; vagy az impulzuskontroll.

A fent röviden ismertetett, meghatározó kognitív deficit mellett számolnunk kell azzal a sajátos kognitív stílussal is, amely ugyancsak az autizmus természetével kapcsolatos tudásunk egyik fontos eleme. A gyenge centrális koherencia hipotézis (Frith, 1991) szerint az autizmussal élő emberek kevésbé képesek arra, hogy a feljük áramló információkat a kontextustól függően, jelentésteli egésszé szervezzék, s ne csupán összefüggéstelen részletek nagy halmazaként észleljék azokat.

Annak ellenére, hogy a fentebb leírtak nem elegendőek az autizmus-kép megfelelő árnyalásához, talán érzékelhető hogy e fejlődési zavar jól elkülöníthető, sajátos és rendkívül összetett jelenség a gyermekpszichiátriai kórképek között. S mint ilyen, specifikus terápiás megközelítést igényel. Magától értetődő, hogy a már felderített funkciózavarok nem csak magát a fejlődési zavart, hanem a kezelés megfelelő módjait is meghatározzák.

AZ AUTIZMUS SPEKTRUM ZAVAROK TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSE

Amikor laikusok vagy a témában kevésbé jártas szakemberek látogatnak el egy autizmussal élő gyermekeket oktató, fejlesztő csoportba gyakran tesznek megjegyzéseket a környezet, illetve a terápia -túlságosan mesterséges-, -a természetestől idegen- elemeire, amelyek ugyanakkor nélkülözhetetlenek a gyermekek megfelelő fejlesztéséhez, fejlődéséhez. Végezzünk egy rövid gondolatkísérletet! Hová vezetne a naiv normalizációs szemlélet például a súlyos látássérüléssel élő emberek esetében? Képzeljük el, hogy elveszük tőlük azokat az eszközöket, segítségüket, amelyek ugyan létfontosságúak, ahhoz, hogy teljesebb életet élhessenek, de -feltűnően speciálisak és körülményesek-. Tehát nincs fehér bot; sem Braille feliratok, könyvek, sem optacon sem egyéb speciális támogatás. Az eredmény: függetlenségükben végzetesen akadályozott testileg és érzelmileg veszélyeztetett, kiszolgáltatott emberek. A példa talán durvának, esetleg megbotránkoztatónak hat, mégis jól szemlélteti: ha nem a meghatározó zavar, sérülés hozta speciális szükségletek szerint tervezzük meg a környezetet és a terápiát, hibát követhetünk el.

Annak ellenére, hogy az autizmus az egyik legintenzívebben kutatott fejlődési zavar, relatíve kevesebb (mindössze néhány száz) tanulmány foglalkozik az egyes terápiás eljárások, programok hatékonyságának precíz és objektív felmérésével. Fontos kérdés az is, hogy a különböző, fantáziadús, gyakran jogvédett nevet viselő eljárások, megközelítések ténylegesen miben különböznek egymástól. Az interneten vagy a szakirodalomban való keresgélés közben joggal rémül meg a szakember vagy a szülő, hiszen sok olyan, esetenként hihetetlenül nagy eredményeket ígérő módszerrel találkozhatunk, amely számunkra ismeretlen vagy elérhetetlennek tűnik.

A kilencvenes évek óta egyre több olyan tanulmány születik, amely, ha nem is kimerítő, de elfogadható válaszokkal szolgál a fenti kérdésekre. Megvizsgálva és összevetve az elméleti hátterüket tekintve markánsan eltérő, de hasonlóan eredményesnek ígért eljárásokat (mint amilyen például a Son Rise program és a Lovaas módszer), meglepő, de ugyanakkor érthető, új jelenségre figyelhetünk fel: a konkrét terápiás folyamatban napjainkra sokkal kevésbé meghatározó az egyes terápiás megközelítések ideológiai háttere, mint az adott gyermek viselkedésének elemzése, értelmezése, illetve a terapeuta és a gyermek közötti interakciók elősegítése. Az objektív, mérhető különbség tehát minimális (Jordan és Powell, 1996).

A hatékonyságvizsgálatokat áttekintve (Howlin, 2002) úgy tűnik, a testi-szenzoros terápiák kevés eredménnyel bíztatnak (pl. szenzoros integráció) vagy egyenesen elutasítottak (pl. facilitált vagy -megtámasztott- kommunikáció). Az orvosi jellegű beavatkozások közül a gyógyszeres terápiákkal kapcsolatosan igen hiányosak az adatok, de mindenképpen fel kell hívni a figyelmet ezek esetleges veszélyeire, illetve arra, hogy hosszú távú hatásaik/mellékhatásaik nem ismertek; a napjainkban -divatos- különböző diéták és vitaminkúrák nem bizonyultak eredményesnek, illetve nem ajánlottak (kivéve - természetesen - vitaminhiány, vagy diagnosztizált táplálékallergia, anyagcserezavar esetén). A leghatékonyabbak - legalábbis az eddig ismert eljárások közül - a korai, intenzív, viselkedéses megközelítést alkalmazó programok (pl. Bondy & Frost, 1994).

EGY LEHETSÉGES MODELL

A következőkben egy olyan komplex, áttekintő modellt vázolunk fel, amely -a dolgok jelenlegi állása szerint- a hatékony terápiás beavatkozás alapja, és amely az autizmus spektrum zavarok sajátosságaiból, valamint a beavatkozással kapcsolatos kutatások eredményeiből táplálkozik (l. ÁBRA). A megközelítés lényege, hogy a fejlesztés első lépéseként megteremtünk egy olyan közeget, amely a lehető legnagyobb mértékben alkalmazkodik a fejlődési zavar sajátosságaihoz és az adott gyermek egyéni szükségleteihez. Ezt követően fokozatosan, ügyelve arra, hogy mindig a gyermekhez mérjük a változtatásokat, egyre rugalmasabbá és átjárhatóbbá tesszük ezt a struktúrát; miközben a gyermeket egyre több sikerélményhez segítjük hozzá.

A megfelelő terápia minden esetben eredményeket produkál, a prognózist azonban nagymértékben befolyásolják a gyermek képességei, autizmusának súlyossága, járulékos problémái, személyisége, családi háttere, stb. Nagyon fontos, hogy jól válasszuk meg a fejlesztés konkrét céljait; elvárásaink ne legyenek teljesíthetetlenek, ugyanakkor -sértően- alacsonyak sem, hiszen célunk a lehető legtöbbet elérni a fejlesztés során. Ebben lehet segítségünkre a megalapozott diagnózis, amelynek része a teljesítmény felmérés is - ez többnyire gyermekpszichiátriai feladat. Emellett a terapeuta, pedagógus megfigyeléssel és rövid, célzott informális felmérésekkel juthat a tervezéshez szükséges információkhoz.

A CÉLOKRÓL

A terápiás folyamat minden elemét átható, legfontosabb célunk, hogy az autizmussal élő gyermekek és felnőttek mások segítségére nem szoruló, független és kompetens emberként tapasztalhassák meg magukat. Mind a jó képességű, autizmussal élő felnőttek beszámolóit, mind sokéves terápiás tapasztalatunk azt bizonyítja, hogy a siker és az önállóság élménye legalább olyan fontos az autizmussal élő embereknek, mint bármelyikünknek. Természetesen, nagymértékben személyfüggő, hogy milyen szintű tevékenységekben érjük el célunkat, de

gyakran egy limonádé önálló elkészítése vagy egy asztal megterítése felér egy sikeres egyetemi felvétellel.

A beavatkozás konkrét, alapvető céljait tekintve egyáltalán nem meglepő, hogy kiemelt fontosságú a szociális-kommunikációs deficit kompenzálása. Nem fejleszthetünk kognitív vagy akadémikus készségeket anélkül, hogy a gyermek számára könnyedén érthető és használható kommunikációs eszközt alakítottunk volna ki. A tanulás interakció, de nem csupán a tanárral. Az intenzív egyéni fejlesztés vitathatatlan eredményességén túl, nélkülözhetetlenek a célzott, szocio-kommunikációs csoportfoglalkozások is.

Legfontosabb célunkat figyelembe véve, valamint azt a sajátosságot, hogy gyermekeink a célvezérelt viselkedések kivitelezésében nagy nehézségekkel küzdenek, kézenfekvő, hogy az önellátási és szabadidős készségek fejlesztése is kiemelt feladat - integrálva a kommunikációs és szociális készségek tanításával.

Azoknak, akik rendszeresen foglalkoznak autizmussal élő gyermekekkel talán feltűnt, hogy nem szerepel ábránkon a kiemelt célok között a problémás viselkedések kezelése. Ez azzal magyarázható, hogy (ideális esetben) megfelelő terápiás közegben, megfelelő módszerek alkalmazása mellett, a kommunikációs és szociális nehézségek okozta frusztrációk csökkenésével, az önállóság fokozásával elérhetjük, hogy - mintegy jótékony következményként - a viselkedési problémák látványosan csökkenjenek, megszűnjenek. Valójában tehát megelőzzük ezeket, anélkül, hogy direkt, viselkedésprobléma-orientált megközelítést alkalmaznánk.

Szinte minden esetben, az alapvető terápiás célok kiegészülnek az adott gyermek egyéni szükségleteinek megfelelő, egyéb célokkal. Annak ellenére, hogy nagyobb hangsúlyt kell fektetnünk a fejlődési zavarban érintett területekre, fontos figyelni arra is, hogy a gyermek vagy a család életminőségét és/vagy egészségét, fizikai állapotát befolyásoló célokat is észben tartunk. Ilyen lehet például a motorikus funkciók fejlesztése vagy a fentebb leírt módon nem megelőzhető viselkedési problémák kezelése (lásd alább a viselkedéses megközelítés rövid ismertetését).

A TERÁPIA KÖZEGE

Bármely terápiás vagy tanítási helyzetben, ahhoz, hogy egyáltalán megközelíthetővé váljon a gyermek, meg kell teremtenünk azt a közeget, amely mind a gyermek, illetve csoport, mind a terapeuta számára érzelmileg biztonságos. Autizmussal élő gyermekek esetében olyanoknak próbálunk segíteni, akik nem vagy csak igen korlátozott mértékben képesek olvasni szándékainkat, vélekedéseinket, érzelmeinket, így még a legjobb képességűek sem mindig értik pontosan, hogy mit miért teszünk és, hogy megközelítőleg mire számíthatnak a következő pillanatban. A nyelv sokuk számára alig több, mint elvont hangzavar, a gesztusaink akár félelmetesnek is hathatnak és igen gyakran már azért sem akarhatnak az elvárásainknak megfelelni, mert azzal sincsenek tisztában, hogy vannak elvárásaink. A helyzet kulcsa a bejósolhatóság és az érthetőség megteremtése. A kiszámíthatóság ebben az esetben nem csak az események előreláthatóságát jelenti, hanem azt is, hogy a terapeuták, pedagógusok viselkedése és az általuk támasztott elvárások egyértelműek és következetesek. Vigyázat, a következetesség nem jelenthet ridegséget, hiszen az érzelmi biztonságot a speciális támogatáson túl, a meleg, szeretetteljes légkör alapozza meg.

ESZKÖZÖK, MÓDSZEREK

Vizuális támogatás

Mind az érzelmi biztonság megteremtésében, mind terápiás céljaink megvalósításában az egyik legfontosabb és leghatékonyabb eszközünk az úgynevezett vizuális támogatás. Jól ismert tény, hogy az autizmussal élő emberek számára minden, ami látható sokkal több információt nyújt, mint a gyorsan elröppenő verbális közlések. Nem csak a kommunikációs sérülés miatt lehet fontos a tárgyakban, képekben, vagy feliratokban nyújtott információ, hanem a cselekvések megtervezésében, kivitelezésében tapasztalt nehézségek miatt is. Hogyan válhat másoktól független, kompetens emberré valaki, ha folyton elveszíti például egy egyszerű cselekvéssor fő szempontjait, célját. Hogyan lehetne képes mások segítségével nélkül tájékozódni például a szabadidejében választható lehetőségek között? Ha folyton mellette állunk és -súgunk neki-, lehet, hogy soha nem lesz képes a segítségünk nélkül boldogulni. Míg, ha számára jól érthető, egyénre szabott vizuális segítséget tervezünk, elérhetőbbé válnak az önállóbb és kevesebb frusztrációt hordozó, -nyugodt hétköznapok-. Ne felejtjük el, hogy a vizuális támogatás minden terápiás célunk eléréséhez közelebb vihet, legyen szó kommunikációról vagy akár mozgásfejlesztésről. Érthetőbbé teszi a világot és ahhoz is eszközt adhat, hogy a világ jobban értse a gyermeket.

Viselkedéses megközelítés

A viselkedéses megközelítés remek keretet teremthet egyfelől a beavatkozás korrekt megtervezéséhez, objektív értékeléséhez, másfelől egy-egy új készség tanításához. Szeretnénk hangsúlyozni, hogy a modern, viselkedés-elvű módszerek nem moshatóak egybe a viselkedés-modifikáció klasszikus, kissé régimódi eszközeivel. Egy-egy megoldásra váró probléma viselkedéses megközelítésének, azaz szisztematikus és objektív elemzésének eredményeképpen az is elképzelhető, hogy a beavatkozás megtervezésekor pszichoterápiás üléseket (mint kiegészítő terápiát) javasoljunk. Ugyanakkor új készségek tanításánál gyakran a leghatékonyabb a klasszikus viselkedés-modifikáció technikáinak modern, adaptált változatait alkalmazni. Annál is inkább, mert a terápiás közeg kialakításában a terapeuta -tisztá- és következetes, érthető visszajelzéseket adó (csak pozitívan megerősítő, soha nem büntető), viselkedésének fontos szerepe van (Clements és Zarkowska, 2001).

Strukturált oktatás

Bármilyen készség vagy ismeret tanításakor, különösen, ha csoportos helyzetben foglalkozunk tanítványainkkal, elengedhetetlenül fontos, hogy megfelelően strukturáljuk a rendelkezésünkre álló időt és a tanítandó tartalmat egyaránt. A strukturálatlan helyzet - ha nem adunk megfelelő segítséget hozzá - az érzelmi biztonság elvesztésének és a problémás viselkedések kialakulásának talaja lehet.

Kiegészítő terápiák

A kiegészítő terápiák olykor nem csak a gyermek egyéni, nem kifejezetten autizmus-specifikus szükségleteit elégíthetik ki, hanem új teret adhatnak a specifikus célok tanításához, gyakorlásához. Egy-egy olyan eljárás, amely mint -autizmust gyógyító terápia- nem állja meg a helyét, jól adaptálva mégis hasznos lehet. Így például a hippoterápia, a különböző szenzomotoros tréningek szárazföldön és vízben vagy a zenei interakciós tréning, nem csak a mozgásos vagy zenei készségek fejlesztésének kitűnő eszközei, hanem kihasználható alkalmat teremtenek például a kommunikációs és szociális nehézségek csökkentéséhez is. A kiegészítő terápiák közé soroljuk az olyan gyógyszeres kezeléseket is, amelyek nem befolyásolják az állapot lényegét, de egy-egy járulékos probléma (pl. alvászavar) megoldásában segíthetnek. Szintén idesorolódik a jó képességű, jó verbalitású serdülők és felnőttek következményes pszichés zavarainak (pl. depresszió; paranoid epizód) pszichoterápiás kezelése is.

A szülők mint ko-terapeuták

Mivel a gyermekeknek mindig fontos a megnyugtató és biztonságos közeg, valamint a fejlesztés, gyakorlás nem korlátozódhat csupán az iskolára, illetve az elsajátított kommunikációs vagy egyéb segítő eszközökre minden helyzetben szükség lehet, a szülők, családtagok bevonása és rendszeres támogatása nélkülözhetetlen. Ugyanakkor, mind idehaza, mind külföldön ezen a téren tudjuk a legkevesebb eredményt felmutatni. Nem a szülők - elszántsága- hiányzik. Sokkal inkább arról van szó, hogy azt a komplex rendszert, amelyet autizmussal élő gyermekeknél használunk, szinte lehetetlen rendszeres és nagy mennyiségű szakmai segítség nélkül átvenni. A különféle szülő tanfolyamok, otthoni tréningek, egyéni tanácsadások a szükségesnél kisebb hatékonysága leginkább azzal magyarázható, hogy nincs szakember-kapacitás az egyszeri tréningek után szükséges kapcsolattartásra, rendszeres - otthoni környezetben történő - szupervízióra. Ilyen körülmények között gyakran tapasztaljuk, hogy a magára hagyott szülők örlődnek, büntudatuk egyre nő, hiszen már van elképzelésük arról, hogy mire volna gyermeküknek szüksége, de a kivitelezéshez nem kapnak segítséget. Ilyen esetekben fontos meggyőzni a kétségbeesett édesanyákat és édesapákat arról, hogy gyermeküknek otthon kiegyensúlyozott szülőkre van inkább szükségük, mint túlterhelt terapeutákra. Adjunk meg tehát minden lehetséges segítséget ahhoz, hogy a gyermek és hozzátartozói életminőségét nagymértékben javító eszközök, módszerek otthon is bevezetésre kerülhessenek (pl. viselkedésproblémák megelőzése vagy kommunikáció elősegítése céljából), de nem kell elvárnunk, hogy mindenben úgy működjön a család, mint egy professzionális fejlesztő csoport.

MITŐL NEHÉZ JÓL VÉGEZNI MUNKÁNKAT?

A szakembereknek igen magas elvárásoknak kell megfelelniük: rendelkezniük kell a szükséges szaktudással és folyamatosan frissíteniük kell azt; ismereteiket nagy kreativitással kell alkalmazniuk; minden gyermekkel kapcsolatban egyénre szabottan kell megtervezniük és kivitelezniük a fejlesztést; mivel nem elegendő, ha az iskolai időre korlátozódik a speciális segítő eszközök használata, a szülőket rendszeresen tanácsokkal kell ellátniuk, segíteniük; a már elsajátított készségeket újabb és újabb helyzetekben kell újratanítniuk és gyakoroltatniuk; lelkesedésük maradjon töretlen; lehetőleg egyszerre öt helyen legyenek jelen- és a többi.

Mindemellett a terápia hatékonyságát meghatározza néhány, a fejlesztő szakembertől nagyrészt független tényező is. Ahogyan már említettük, a prognózist jelentősen befolyásolják az adott gyermek egyéni sajátosságai. Emellett azonban még két tényezőt szeretnénk kiemelni: (1) milyen életkorban kezdődik a fejlesztés? (2) milyen intenzitással folyik a terápia?

Közismert tény, hogy a korai életkorban megkezdett fejlesztés hatására a gyermekek gyakrabban mutatnak jelentős fejlődést, illetve kiváló alapot ad a későbbi terápiás célok megvalósításához is. A korai beavatkozáshoz azonban korai diagnózis is szükséges. Szerencsére, hazánkban is egyre több gyermek jut el a megfelelő kivizsgálásokra 5 éves kora előtt. Ez azonban nem feltétlenül jelenti azt, hogy specializáltságában megfelelő fejlesztésben részesülnek. Ez - többek között - a szakember-képzés hiányosságaiából fakadhat. Emellett azonban fel kell hívnunk a figyelmet arra is, hogy a korai beavatkozás sikere nagyban függ attól is, hogy képesek vagyunk-e intenzíven (egyes vizsgálatok szerint legalább heti húsz órában) biztosítani azt. Ez azonban - a legtöbb esetben - nem az adott terapeután múlik, hanem leterheltségének mértékén. Állandó dilemma: kevesebb gyermeknek minőségében kifogástalan ellátást nyújtani vagy minél többnek olyat, amelyet bírunk? Mindannyian

szeretnénk, ha nem kellene ezzel a kérdéssel foglalkoznunk és sok, megfelelően képzett szakember segíthetné az autizmussal élő gyermekeket és családjukat.

Ne feledkezzünk meg arról a nagyon fontos tényről sem, hogy a hatékony beavatkozásra nem csak ötéves kor előtt van lehetőségünk. Sőt, tudjuk, hogy az autizmussal élő emberek esetében még felnőtt korban is jó esélyünk van a sikeres fejlesztésre. Az eddigi munkánk során kivívt - nemegyszer igen látványos - eredményeinket többnyire olyan gyermekekkel vagy felnőttekkel értük el, akiknél csak későbbi életkorokban kezdődhetett el a speciális fejlesztés.

HIVATKOZÁSOK

- BARON-COHEN, S., TAGER-FLUSBERG, H. AND COHEN, D. J. (eds.), (2000): Understanding Other Minds: Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience. (2nd edition) Oxford: Oxford University Press.
- BONDY, A. S. & FROST, L. A. (1994) The Picture Exchange Communication System in Focus on Autistic Behavior Vol.9. No.3.
- CLEMENTS, J. AND ZARKOWSKA, E. (2001) Behavioural Concerns and Autistic Spectrum Disorders: Explanations and Strategies for Change; Jessica Kingsley Publishers: London.
- FRITH, U. (1991) Autizmus: a rejtély nyomában Budapest: Kapocs
- GILLBERG, C. & COLEMAN, M. (2000): The Biology of the Autistic Syndromes. 3rd edition. MacKeith Press.
- HOWLIN, P. (2002) Treatment of Autism; --a world of difference-- NAS 40th Anniversary International Conference, London
- JORDAN, R. AND POWELL, S. (1996) -Therapist drift-: Identifying a New Phenomenon in Evaluating Therapeutic Approaches in Therapeutic Intervention in Autism; Published by the Autism Research Unit.
- OZONOFF, S. (1997): Components of executive function in autism and other disorders. In: Russell, 1997 (ed.): Autism as an Executive Disorder. Oxford: Oxford University Press.
- RUTTER, M. (1999): The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1998. Autism: Two-way Interplay between Research and Clinical Work. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40. No.2. pp. 169-188.
- WING, L., & GOULD, J. (1979): Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. Journal of Autism and Developmental Disorders, 9, 11-29.
- WING, L. (1996): The autistic spectrum. A guide for parents and professionals. London: Constable.