Az autizmus diagnosztikája és ellátása felnőttkorban

Farkas Kinga[1], Bálint Melinda[2], Baráth Katalin[3], Gallai Mária[4], Lakos Eszter[5], Lisincki Anna[1], Matolcsi Rita[6], Somogyi Andrea[7], Szuromi Bálint[8], Réthelyi János[1]

[1] Semmelweis Egyetem ÁOK Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest
[2] Pszichiátriai magánrendelés
[3] Semmelweis Egyetem, Szakrendelő Intézet, Budapest
[4] Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest
[5] Kikötő Rendelő, Nap-Kör Mentálhigiénés Alapítvány, Budapest
[6] Eötvös Loránd Tudományegyetem, Speciális Hallgatói Ügyeket Támogató Iroda, Budapest
[7] Pszichiater.com Kft.
[8] Észak-budai Szent János Centrumkórház Kútvölgyi Szakrendelő, Budapest

Összefoglaló: *Az autizmus spektrum zavar olyan, az észlelési és gondolkodási folyamatok egyedi sajátosságaival járó neurodevelopmentális állapot, amely gyermekkorban indul és felnőttkorban is fennáll. Jelentős mértékben befolyásolja a társas beilleszkedést és alkalmazkodást, valamint nagy kihívást jelent a pszichés megküzdés szempontjából. Intenzív genetikai és neurobiológiai kutatás irányul az autizmus agyi hátterének megismerésére, továbbá a farmakológiai fejlesztéseknek is a homlokterében áll. Az autizmus spektrum zavarral élők szempontjából nagy jelentősége van, hogy milyen színvonalú segítséget kapnak a kivizsgálás és az ellátás során, biológiai terápiák és pszichoterápia tekintetében. Hasonlóan fontos kérdés a felsőoktatási rendszerben történő, valamint a szociális ágazathoz tartozó (jogi és pénzügyi) támogatás. Ennek az összefoglaló cikknek a célja, hogy a magyar pszichiátriai rendszerben dolgozó szakemberek számára segítséget nyújtson eligazodni és fejlődni az autizmus spektrum zavarral élő felnőttek ellátásának kérdéseiben.*
Kulcsszavak: *autizmus spektrum zavar; diagnosztika; neurobiológia; kognitív funkciók; ellátás; terápiás lehetőségek; szociális támogatás; jogi vonatkozások*

Summary: *Autism spectrum disorder is a neurodevelopmental condition with unique characteristics of perception and neurocognition that begins in childhood and persists into adulthood. It significantly affects social integration and adaptation, and is a great challenge in terms of psychological coping. Intensive genetic and neurobiological research is focused at understanding the brain underpinnings of autism, and it is also at the forefront of pharmacological development. From the point of view of people living with autism spectrum disorder, the quality of help they receive during examination and care, in terms of biological therapies and psychotherapy, is of great importance. Support in the higher education system and legal-financial help are similarly important issue. The purpose of this review article is to provide assistance to professionals working in the psychiatric system in Hungary in order to gain insight and develop their skills in the care of adults lining with autism spectrum disorder.*
Keywords: *autism spectrum disorder; diagnosis; neurobiology; cognitive function; therapy; health and social care provision; legal aspects*

Bevezetés és problémafelvetés

Az autizmus spektrum zavar (autism spectrum disorder, ASD) olyan neurodevelopmentális állapot, amelyet az észlelési és gondolkodási folyamatok egyedi sajátosságai jellemeznek. Jelentős mértékben befolyásolja a társas beilleszkedést és alkalmazkodást, valamint nagy kihívást jelent a pszichés megküzdés szempontjából is. Az autizmus spektrum zavar (autism spectrum disorder, ASD) olyan neurodevelopmentális állapot, amely az észlelési és gondolkodási folyamatok egyedi sajátosságaival jellemezhető. Jelentős mértékben nehezíti a társas alkalmazkodást, beilleszkedést és a pszichés megküzdést. Az ASD egész életen át fennálló állapot, amely korlátozza a társas helyzetekben történő döntéshozatalt (észlelés, mérlegelés, kivitelezés, gátlás), az önálló életvezetést és a munkavállalást. Tünettani szempontból a szenzoros érzékelés, az érzelemszabá-

lyozás, a mentalizációs képesség és a végrehajtó funkciók is érintettek lehetnek, amelyek mind hatással vannak az információfeldolgozásra és a viselkedésszervezésre (1).

Az átlagnépességben az ASD prevalenciája legalább 1%, de a legfrissebb CDC (az Egyesült Államokban működő Center for Disease Control and Prevention) vizsgálat 2,7%-ra becsülte (2). Egy vizsgálat szerint a pszichiátriai ellátásban ennél is magasabb, legalább 18,9% (3) lehet a gyakoriság. Az állapot minden rasszban, etnikai- és szocioökonómiai csoportban megjelenik (4). A gondolkodás és az észlelés jellemző eltérései felnőttkorra is megmaradnak, akkor is, ha közben a viselkedés egyre kevésbé mutat autisztikus vonásokat, ugyanis sok érintett személy hamar megtanulja elfedni különbözőségét (maszkolás). Ez utóbbi segíti a kortárscsoportokba való beilleszkedést, társas helyzetekben való helytállást, viszont sok szellemi energiát emészt fel, emiatt kimerüléshez vezethet. Az autisták jelentős részére nem jellemző az intellektuális képességzavar (5). A klinikai kép az autizmus mértékétől, a társuló rendellenességektől, az értelmi állapottól és személyiségtől függően rendkívül sokszínű: nincs egyetlen viselkedés, egyetlen tünet sem, amely mindig jelen van, sem olyan, amely kizárná az autizmus diagnózisát.

Becslések szerint 59–72% lehet a diagnosztizálatlan felnőttek aránya (6), nők és az idősebb korosztályban pedig az arányok magasabbak. Tízből kilenc felnőtt lehet diagnosztizálatlan az 50 év feletti korcsoportban. Ezekre a számokra lehet következtetni abból, hogy statisztikailag közöttük is hasonló arányban fordulhatnak elő autizmussal élők, mint a gyerekeknél (7). Ennek oka, hogy a felnőttkori diagnosztikai tesztek kevésbé érzékenyek az ASD megjelenésére, különösen azokban az esetekben, amikor a viselkedéses tünetek maszkolása miatt kevésbé szembetűnőek vagy akár teljesen eltűnhetnek. Továbbá a nők esetében gyakran aluldiagnosztizálják az ASD meglétét, részben a különböző tüneti megjelenések miatt (8), valamint azért, mert az alkalmazott diagnosztikai tesztek kevésbé érzékenyek a nőkre specifikus tünetekre, valamint kutatási adatok is inkább a férfiak kapcsán állnak rendelkezésre.

Az ASD fentiekben bemutatott változatos megjelenési formája, illetve a jelentős előfordulási gyakoriság miatt indokolt, hogy a mentális egészségügyben dolgozó szakemberek, elsősorban a felnőttellátásban dolgozó pszichiáterek, pszichológusok és egyéb munkatársak számára összefoglaljuk az ASD kutatásának, diagnosztikájának és ellátásának jelen állását. A tanulmány szerzői 2024. február 13–15. között a Semmelweis Egyetem Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika által szervezett továbbképzés előadói voltak, szerteágazó témákban mutatták be az ASD ellátásának aktuális kérdéseit. Az alábbiakban az előadások egy tanulmányba szerkesztett írásbeli változata olvasható.

Az ASD genetikai és neurobiológiai háttere, kognitív eltérések

Az autizmus tünettanában és súlyosságában is változatos képet mutató gyermek- és felnőttpszichiátriai zavar, melynek hátterében neurodevelopmentális, idegfejlődési eltérések állnak (9). A neurotipikus vagy átlagos neurodevelopmentális folyamattól eltérő idegfejlődés számos magatartási, kognitív, kommunikációs és érzelmi tünetet okozhat, melyek felölelik a pszichopatológia teljes spektrumát. Az eltérések alapjául szolgáló agyi fejlődési és neurobiológiai folyamatokra nagyon intenzív nemzetközi tudományos kutatás irányult az elmúlt évtizedekben. A kutatások homlokterében az ASD-re jellemző genetikai és génexpressziós (transzkriptomikai) eltérések, az állapot megismerését elősegítő sejtszintű és állatmodellek, valamint a strukturális és funkcionális agyi képalkotó vizsgálatok állnak (10–12).

Mi történik valójában az ASD-s agyban? – tehetjük fel jogosan a kérdést. A kutatások tömör összefoglalásaként megállapíthatjuk, hogy az autizmus neurobiológiai alapjaira irányuló ismereteink gyorsan fejlődnek, ugyanakkor nagyon szerteágazóak és nem rendezhetők egységes és koherens modellbe, nincsen egyértelmű biológiai koncepció, amely az ASD minden vetületét meg tudná magyarázni (13). Ez nem is meglepő, hiszen az ASD diagnózisa magatartási tüneteken

Hungarica

alapul, melyeket számos genetikai és környezeti tényező kiválthat az agyfejlődés szenzitív periódusaiban. Egyértelműen ki kell emelnünk a genetikai hatásokat és a magzati korban vagy szülés körül jelentkező környezeti hatásokat, melyek egyaránt az agyfejlődést befolyásolják (14). Feltételezzük, hogy az idesejtek proliferációja (sokasodása), a programozott sejthalál (apoptózis), a szinapszisok kialakulása (szinaptogenezis), a szinapszisok visszanyesése (pruning), myelinizáció és immunaktiváció azok az agyfejlődési részfolyamatok, melyeket ezek a genetikai és környezeti hatások eltérítenek a normális fejlődési pályáról, és eredményezik a génexpressziós, agyi térfogatbeli és konnektivitás eltéréseket, valamint a később megjelenő magatartási tüneteket.

A nagy kihívást az jelenti, hogy egyértelműen azonosítani tudjuk az ASD-re jellemző és specifikus végső közös molekuláris útvonalakat és agyfejlődési eltéréseket (14, 15). További kutatások szükségesek ennek a pszichiátriai zavarnak a jobb megismeréséhez, neurobiológiailag és genetikailag különböző alcsoportok elkülönítéséhez, a kutatási eredmények klinikai szintű értelmezéshez és új, hatékony kezelési módszerek kifejlesztéséhez.

Bár a neurobiológiai eltérések pontosabb feltérképezéséhez még további kutatásokra van szükség, azonban az már most is látszik, hogy számos strukturális eltérés tapasztalható. Ilyen például, hogy az agykéreg felépítése eltérő (16), mely nagyobb térfogatban nyilvánul meg. Emellett a homloklebenyben túlzott neuronszám tapasztalható, és felmerül, hogy a túl sűrű kapcsolódások akadályozhatják a távolabbi agyi régiók közötti összeköttetést (9). Továbbá strukturális eltérések tapasztalhatók az összeköttetések szintjén, hipo- és hiperkonnektivitás egyaránt megfigyelhető, ellentmondásos eredményekkel (17). Valamint kevesebb összeköttetés lehet a frontális régió és limbikus rendszer között (18). Emellett az agresszióért, félelemért, és érzelemszabályozásért felelős amygdala mérete és strukturális tulajdonságai mások ASD-ben, mint neurotipikus egyéneknél, például a kapcsolatsága a szürkeállományba fokozott (19), mely hozzájárulhat annak érzékenységéhez, és az érzelmi „leolvadás", „meltdown" kialakulásához. Az önszabályozási és érzelemszabályozási zavarnak – úgy tűnik – idegrendszeri alapja van. Az agyi funkcionális kapcsolatokban mutatkozó eltérések így hozzájárulnak a társas interakciók és a kommunikációs készségek fejlődési zavarához, valamint az ismétlődő viselkedési minták kialakulásához (20). Ezek az idegrendszeri különbségek hozzájárulnak az ASD-vel élő személyeknél megfigyelt jellegzetes tünetekhez (21).

Az agyi strukturális eltérésekkel – beleértve a prefrontális cortexet, az amygdalát és a temporális lebenyt – párhuzamosan megváltozottak a kognitív funkciók. Az eltérő idegrendszer eltérő külső-belső ingerfeldolgozást eredményez, mely mind magunkról, mind másokról, mind pedig a külvilágról eltérő információfeldolgozáshoz vezethet. Az autizmus a különböző kognitív funkciók atipikus működése tekintetében is igen változatos képet mutat. A legszembetűnőbb eltérések *per definitionem* az érintettek társas- és kommunikációs készségeit érintik (22). Gyakran figyelhető meg nehézség a mentalizáció (23, 24) és érzelemszabályozás (25, 26) területén, mely jelentősen befolyásolja az érintettek pszichológiai megküzdés, valamint a szükséges támogatás befogadásának képességét is. A fenti komplexebb kognitív funkciók érintettségétől függetlenül azonban a megismerési-, információfeldolgozási, döntéshozással és viselkedésszervezéssel kapcsolatos kognitív funkciók is egyénileg igen változatos mértékben lehetnek érintettek.

A érzékelés eltérései közül kiemelendő a szenzoros érzékenység eltérése, mely bármely szenzoros modalitást érinthet, és gyakrabban figyelhető meg túlérzékenység (pl. vizuális, akusztikus, taktilis ingerek esetén), de kifejezetten csökkent érzékenység is előfordul (pl. fájdalom, hőérzet, propriocepció) (27). A szenzoros információ feldolgozása és korábbi ingerekkel való összevetésének sajátosságával kapcsolatban jelenleg több magyarázó elmélet is létezik, melyekben közös, hogy az autista személyek a neurotipikusokhoz képest eltérő módon látják és gondolkodnak a világról (28). A végrehajtó funkciók eltérését korábban számos vizsgálat leírta, azonban a vizsgálati módszerek, a diagnosztikus kritériumok és az autizmussal kapcsolatos ismeretek szélesebb körben való elterjedésével a kép jelentősen

árnyalódott (29). Bizonyos területeken ugyanakkor gyakrabban figyelhetők meg nehézségek autista személyek körében. Ilyen terület például a kognitív flexibilitás, vagyis az alkalmazkodás és a váltás képessége, amelyre szükség van egy adott feladat vagy helyzet során, ha a gondolkodást vagy a viselkedést a körülményekhez igazodva rugalmasan kell módosítani (30). Az autista személyek gyakran küzdenek a viselkedésszervezés és -szabályozás területén is. Ez azt jelenti, hogy nehézségeik lehetnek bizonyos cselekvések megtervezésében és végrehajtásában is. A tervezési készségek terén is megfigyelhetők eltérések. Az érintettek nehezen tervezhetnek előre és kezelhetik a változásokat. A válaszgátlás, vagyis az impulzusoknak való ellenállás terén is megfigyelhetők kihívások, nehezebben lehet a spontán vagy impulzív válaszokat kontrollálni bizonyos helyzetekben (31). A memóriafunkciók területén is gyakran sajátos képet látunk. Időnként kifejezetten kiemelkedő epizodikus memóriafunkció mellett az autobiografikus emlékezet sajátos eltérései figyelhetők meg körükben (32).

A kognitív funkciók eltérései tehát igen változatosak, nem ritkán egyenetlen képességprofillal találkozunk, azaz bizonyos területeken az érintett saját átlagához képest kevésbé jól, más területeken akár kiemelkedően is teljesíthet. A neuropszichológiai tesztek eredményei diagnosztikus értékkel nem bírnak, ugyanakkor jelentősek abból a szempontból, hogy a fejlesztés során milyen készségeket érdemes támogatni, és melyekre érdemes támaszkodni, építeni. Fontos szempont továbbá, hogy a társas készségek terén tapasztalható nehézségek kölcsönhatásban lehetnek a mért, iskolai vagy munkahelyi helyzetben tapasztalt teljesítménnyel. Az autizmusban érintett személyre mind a szenzoros érzékenység miatti túlterhelődés, mind a vizsgáló személy jelenléte, közelsége befolyást gyakorolhat, melyet a felmérés során az eredmények értékelésekor, valamint fejlesztési, tanulmányi és munkahelyi teljesítményhelyzetekben is érdemes figyelembe venni.

Fejlődési jellegzetességek: gyermekkor, serdülőkor és átmenet a felnőttkorba

Az ASD tünetei a gyermek fejlődése során fokozatosan bomlanak ki, a diagnózis is csak a fejlődés hosszmetszetének ismeretében állítható fel. A legkorábbi tünetek már az első év vége felé megjelenhetnek, de legmarkánsabban az óvodáskorban, 4–5 éves kor között látszódnak (33).

Gyermekkorban az alábbi tünetek jellemzőek:

• *A szociális kapcsolatok sérülésének jelei lehetnek,* hogy súlyos esetben nem érdeklik az emberek, el van a saját világában; enyhébb formában vágyik a kapcsolatokra, de nincs megfelelő eszköze a kapcsolatteremtésre, vagy oda nem illő módon közeledik emberekhez; mások érzéseire, szükségleteire kevéssé van tekintettel, empátiás/proszociális készsége gyenge; nehezen értelmezi/félreérti mások szándékait; illetve nem a kontextusnak/életkorának megfelelő módon viselkedik (például bántó, zavarba ejtő megjegyzéseket tesz).

• *A kölcsönös kommunikáció sérülésének jelei lehetnek* többek között, hogy súlyos formában nem alakul ki a beszéd, vagy csak echolál, a beszéd hiányát nem kompenzálja nonverbális eszközökkel. Gyakori a sztereotip nyelvhasználat, másoktól átvett panelek, neologizmák használata. A valódi társalgás helyett a saját érdeklődése szerinti monológok jellemzőek. Nehezen mondja meg, hogy mit akar, mire van szüksége; nem jelzi, ha baja van; örömeinek, élményeinek megosztására kevéssé törekszik. A beszédértés terén látható eltérések: gyakori a szó szerinti értelmezés, többértelmű fogalmak, irónia megértésének nehézsége. A nonverbális kommunikáció is sérül, mások nonverbális jelzéseit alig/kevéssé érti, a gesztus- és mimikahasználat szegényes, esetleg maníros. A szemkontaktus használata a társas helyzetekben gyakran alulmodulált. A kifejező beszédben tipikus eltérések: rosszul szabályozott hangerő, ritmus, hangszín, furcsa intonáció, szokatlan prozódia.

Hungarica

• *A rugalmatlan érdeklődés, viselkedés jelei lehetnek* a változatos, spontán játék helyett specifikus, beszűkült érdeklődés, vagy repetitív, sztereotíp tevékenységek (pl. sorbarendezés, szortírozás); ragaszkodás a megszokotthoz (pl. napirend, saját rutin, környezeti változások); rugalmatlan, ritualisztikus viselkedések vagy sztereotip, repetitív motoros manírok (pl. repkedés, lábujjhegyezés).

• *A szenzoros ingerfeldolgozás zavarai* rendkívül sokfélék lehetnek. Hipo- vagy hiperszenzitivitás bármely szenzoros modalitásban, pl. vizuális, akusztikus, taktilis, vesztibuláris, ízlelési és szaglási ingerek terén előfordul.

A súlyos (3-as szintű) autizmushoz gyakran markáns intellektuális képességzavar is társul. Esetükben gyakoriak a súlyos magatartási problémák. A viselkedésük extrémen rigid, a szenzoros ingerektől hamar túlterhelődnek, könnyen kialakul a „meltdown". Gyakran végeznek repetitív vagy önkárosító tevékenységeket (hintáztatás, fejütögetés, kézharapás, szökés), az agresszió is gyakoribb náluk.

A serdülőkorban a gyerekek egy része motiválttá válik a kortárscsoportba történő integrációra, új társas-kommunikációs készségeket tanulnak, és sokuknak javul az állapota. Az enyhébben érintett személyek, vagy az autizmus specifikus fejlesztések, az idegrendszeri érés és a támogató környezet hatására – a javuló állapotban – megtanulják kompenzálni a tüneteiket, szinte tünetmentessé válnak. A rosszabb kimenetel esetén viszont kimerülnek a mindennapi élettel járó stresszhelyzetekhez való alkalmazkodásban, a tüneteik maszkolásában. Fájdalmasan megélik a másságukat: „én más vagyok", „nem értem, hogy ők hogyan működnek", „nem tudom, hogy kell barátkozni". A serdülőkorral járó folyamatos testi, érzelmi változásokat általában nehezen viselik, kimerülnek a viselkedés, tanulás, barátkozás terén megélt fokozódó elvárásoktól. A tartós szorongás, frusztráció következtében dekompenzálódnak, és gyakran társuló pszichiátriai betegségek alakulnak ki náluk (34). Előfordul, hogy a következményes pszichiátriai betegség miatt kér segítséget a szülő, és csak a gondos vizsgálat tárja fel az addig fel nem ismert, háttérben megbújó autizmust. Az esetek kb. 10–20%-ában romlás következik be az autizmus tüneteiben, a meglévő viselkedésproblémák súlyosbodnak. A szexuális viselkedés iránti megnövekedett érdeklődés újabb kihívást jelenthetnek az érintett és a környezete számára.

Serdülőkori jellegzetes tünetek (33):

• *Kifejező beszéd terén* megfigyelhető, hogy nehezen illeszti kommunikációs stílusát a kortárs stílushoz, beszéde túlzottan pedáns, körülményes. Kölcsönös beszélgetés helyett saját érdeklődés szerinti monológokat használ, a szociális csevegés hiányossága jellemző. Nehézség figyelhető meg a társas interakciók nonverbális elemeinek időzítésében, értelmezésében (szemkontaktus, gesztusok, arckifejezések).

• *Beszédértés terén* gyakori a szó szerinti értelmezés, a humor, a metaforák vagy az irónia félreértése.

• *Társas kapcsolatok terén* jellemző, hogy nem érti, hogy mások mit éreznek, miért reagálnak úgy, ahogy; hogyan kell erre válaszolni. Nehézség tapasztalható a kortárs barátságok kialakításában és fenntartásában. A szociális viselkedésben jellemző, hogy látszólag nem vesz tudomást a csoportnormákról, íratlan szabályokról, ugyanakkor társas naivitás jellemző – nem tudja, hogy vele vagy rajta nevetnek, kihasználják. Gyakori az izolálódás, elutasítás, bullying, megalázás.

• *Rugalmatlan gondolkodás, viselkedés* terén továbbra is jelen lehetnek merev, ritualisztikus viselkedések, a változatos spontán szabadidő helyett specifikus, beszűkült érdeklődés, illetve a ragaszkodás a megszokotthoz (pl. saját rutinban, környezeti változásokban).

Az autizmus spektrum zavarral élő, *jó értelmű felnőtt fiatalok egy része az egyetemi tanulmányok és a közös érdeklődés kapcsán egyre sikeresebben integrálódik.* Mások számára ez az időszak többszörös próbatételt jelent. Elvárt lenne, hogy a felnőtt világban helytálljanak, dolgozzanak, továbbtanuljanak, önálló életvitelbe kezdjenek anélkül, hogy ehhez elegendő segítséget kapnának. Továbbra is nehézségeik vannak a

társas kapcsolatok és a kommunikáció terén, nehezen szabályozzák az érzelmi állapotaikat, mentális betegségeik lehetnek, gondjuk van a döntéshozatallal és a tervezéssel (35). Egy 2015-ös, nagy amerikai felmérés szerint a huszonéves autista fiatalok között (36) 60%-nak legalább 2 mentális vagy szomatikus betegsége van, 35% folytatott felsőfokú tanulmányokat (többségük 2 éves college képzést), 58% dolgozott – alacsonyan kvalifikált, részmunkában, 20% élt önállóan, 25%-nak semmilyen társas kapcsolta nem volt, valamint 27% csavargott – ami fokozott rizikót jelent. Az ellátórendszer nincs felkészülve az autizmussal élők szükségleteinek biztosítására. Közös felelősségünk, hogy megfelelő felkészültséggel, élethosszig tartó támogatást nyújtsunk számukra.

Diagnosztika

Az autizmus orvosi diagnózisa jelenleg a BNO-10 osztályozási rendszere alapján történik Magyarországon, a DSM-5-TR és BNO-11 szempontjainak figyelembevétele ajánlott. A DSM-5-TR és a BNO-11 kritériumai elsősorban külső viselkedéses jegyekre támaszkodnak, mivel az eltéréseket kóros viselkedésként, tünetként, hiányosságként azonosítják. A korábbi három helyett két nagy területet vizsgálnak: a társas kommunikáció és a szociális interakciók eltérései, valamint az érintettek igénye az állandóságra, rendszerességre, kiszámíthatóságra, ismétlődő mozgásformák használata önmegnyugtatás vagy energizálás céljából (korábban harmadik területként utaltunk rá), és a DSM-5-ben már ide sorolódnak a szenzoros érzékelés és érdeklődés sajátosságai is. További kritériumok, hogy az autisztikus vonások a korai fejlődési időszakban megjelenjenek, klinikailag jelentős károsodást okozzanak a működés társas, foglalkozásbeli vagy más fontos területén, és hogy az eltérő sajátosságokat ne magyarázza meg jobban értelmi sérülés vagy globális fejlődésbeli késés. A hazánkban jelenleg még érvényben lévő BNO-10 szerint az autizmus spektrum zavar különálló csoportokra oszlik, a DSM-5 és a BNO-11 már egységesen tárgyalja az autizmus spektrum zavart, ezen belül használ specifikációkat. A szemléletnek eddig csak részletei kerültek be a különböző országok irányelveibe. Az utóbbi években jelent meg és kezdett elterjedni egy új szemléletmód, a sokféleséget elfogadó (neurodiverzitás affirmatív, neuroaffirmatív) megközelítés (5).

A legutóbbi hazai autizmus irányelv (33) szerint a kivizsgálásnál a BNO-10 és a DSM-5 kritériumait kell figyelembe venni. A vizsgálatokat multidiszciplináris team végezze pszichiáter, pszichológus, gyógypedagógus együttműködésével. A szakembereknek korszerű ismeretekkel kell rendelkezniük az autizmussal kapcsolatban. Az irányelv megemlíti, hogy lányok, nők viselkedésében nem mindig láthatók a típusos eltérések a maszkolás miatt. A kivizsgálás során megszerzett információk több forrásból származzanak (pl. a kliens és a hozzátartozó beszámolója, a kliens közvetlen vizsgálata, gyerekkori dokumentáció, pedagógiai vélemény, gyerekkori otthoni videófelvétel, régi pedagógus visszaemlékezése – ez utóbbiak főleg akkor lehetnek nagy segítségünkre, ha a gyerekkorról nincs más jó információforrásunk), emellett mindenképpen származzanak különböző életterekből (pl. kortárs közeg, család). Az aktuális társas-kommunikációs viselkedés vizsgálatához standard eszközt ajánlanak (ADOS-2, Autizmus Diagnosztikus Obszervációs Séma 2). A fejlődési kép és a viselkedés keresztmetszeti feltárásához szintén standard eszköz alkalmazását javasolják (ADI-R, az Autizmus Diagnosztikus Interjú javított változata). Ezeken kívül az irányelv erősen ajánlja a nyelvi és intellektuális készségek, valamint az adaptív működés felmérését.

A NICE (az Egyesült Királyság National Institute for Health and Care Excellence) irányelv (37) alapján a kivizsgálás multidiszciplináris team által, az autista felnőttel egyenrangú viszonyban együttműködve történjen. Ha megfelelő, vegyen részt benne a vizsgált személy családtagja, partnere vagy gondviselője is. Kiegészítő lehetőségként említi a standard eszközök alkalmazását, az autizmus alapvonásainak megfigyelését társas helyzetben javasolja. Bár a neuroaffirmatív szemléletű kivizsgáláshoz még nem áll rendelkezésre strukturált, standardizált eszköz, és még nem történt elég kutatás ahhoz, hogy bizonyítékokon

alapulónak tekinthessük, érdemes egy-egy elemét beemelni a kamaszok és felnőttek kivizsgálásába. Ilyenek lehetnek például:

• A kivizsgálás a klienssel való együttműködés keretében történik.

• A környezet lehetőség szerint legyen kellemes, minél kevesebb distresszt okozó az adott kliensnek.

• Akkor is lefolytatható a kivizsgálás, ha a kliens elzárkózik attól, hogy családtaggal beszéljünk pl. rossz viszony, traumatikus gyerekkori emlékek miatt, vagy más okból nem elérhető olyan személy, aki jól ismeri a klienst. Természetesen fontos a minél több forrásból, minél több információ megszerzésére való törekvés, hiszen növeli az esélyét, hogy helytálló megállapításra jussunk a kivizsgálás végén.

• Ha rendelkezésünkre áll külső forrásból származó információ, a hangsúly akkor is a kliens saját belső tapasztalatain van (pl. milyen érzés számára a szemkontaktus, okoz-e nehézséget vagy kellemetlenséget; hogyan alakultak a barátságai; milyenek az élményei az empátiával kapcsolatban; van-e olyan terület, ami iránt nagyon lelkesen érdeklődik, és amivel sok időt tölt; használ-e megnyugtató vagy energizáló ismétlődő mozgásokat, hogyan éli meg a szenzoros eltéréseit). A számára nehézséget okozó tulajdonságokon kívül kérdezzük az autisztikus erősségeiről is (pl. jó megfigyelőkészség, alaposság, őszinteség).

• Nem zárja ki a diagnózist, ha a kliens aktuális viselkedésében nem látunk eltérést, hiszen sokan maszkolják az autisztikus jeleket felnőtt korukra (5).

Eszközök a kivizsgáláshoz

• Szűrőkérdőívek: Autism Spectrum Questionnaire (AQ), Social Responsiveness Scale (SRS), Social Communication Questionnaire (SCQ), Ritvo Autism & Asperger Diagnostic Scale (RAADS). Adhatnak fals pozitív és fals negatív eredményt is, ezért óvatosan értékeljük őket.

• Az Autizmus Alapítvány Ambulanciája által használt *adatgyűjtő kérdőívet a vizsgált személy és a szülő is kitöltheti.* Jellemzően a kivizsgálás elején veszik fel, irányt mutat a további döntésekhez.

• A korábban már említett ADOS-t, ADOS 2-t és ADI-R-t tartják az autizmus kivizsgálás aranystandardjának. A kivizsgálást végző vagy a jövőben ezt tervező szakembereknek mindenképpen ajánlott ezek részletes megismerése, mivel alkalmazásuk egyrészt segíthet az adatgyűjtésben, másrészt, mert jó alapokat szolgáltatnak az autizmusról szükséges tudás megszerzéséhez. A diagnózis vagy annak elvetése nem a felvett tesztek pontértéke alapján történik, hanem a klinikus döntése az összes megszerzett információ alapján.

• Az angol Royal College of Psychiatrists által kifejlesztett, magyarra is lefordított „Vezérfonal az értelmi fejlődés zavarával nem járó autizmus spektrum zavarral (ASD) élő felnőttek klinikai vizsgálatát támogató interjúhoz" szintén a klienssel és egy őt jól ismerő személlyel felvehető interjú. Nem pontozható, elsősorban a felnőttkorra vonatkozó információgyűjtésben segít (38).

• A Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) az autizmusra utaló jelek maszkolását térképezi fel.

• Az autizmuson kívül más típusú vizsgálatokra is szükség lehet, pl. intelligenciatesztek, az adaptív készségeket mérő kérdőív (ilyen például a Vineland Adaptive Behaviour Scale, VABS és VABS 2), egyéb mentális problémákat (szorongás, depresszió, kényszerbetegség (obsessive-compulsive disorder, OCD), figyelemhiányos-hiperaktivitási zavar (attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD), személyiségzavarok stb.) felmérő tesztek, szűrőkérdőívek. Ezek között jelenleg nem elérhető olyan, amely specifikusan autizmussal élők számára készült volna, ezért az önkitöltésben a klienseknek segítségre lehet szükségük, és a kérdőívek eredménye torzíthat.

Differenciáldiagnosztika, komorbiditások

A felnőttkori diagnosztikát tovább nehezíti a komorbid pszichiátriai zavarok nagy aránya, becslések szerint az ASD-vel élő felnőttek 70%-a rendelkezik egy, 41% kettő vagy több komorbid

zavarral (39–41). A leggyakoribb komorbiditások gyerekkorban az ADHD, szorongásos zavarok és az alvászavar (39). Felnőttkorban a depresszió (42), szorongás (43), alvászavar (44), OCD (45), és az ADHD (46). Valódi komorbiditásról akkor beszélhetünk, ha az ASD diagnózis mellett leírt diagnózis(ok) releváns(ak) a páciens megértése, illetve a kezelés személyre szabása szempontjából is.

Az egyéb DSM diagnózisok együttjárásáról különböző kutatások kapcsán eltérő adatok állnak rendelkezésre. A review cikkek (például: *Barlattani et al.,* 2023; *Mutluer et al.,* 2022) is jellemzően intervallumokat, és nem pontos százalékokat említenek. Ezek a teljesség igénye nélkül: ADHD: 25–65%; szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok: 4–67%; bipoláris és kapcsolódó zavarok: 7%; OCPD: 32%; elkerülő személyiségzavar: 25%; szkizoid személyiségzavar: 21%; paranoid és passzív-agresszív személyiségzavar: 25%; depresszív zavarok: 0–75%; szorongásos zavarok: 2–54%; kényszeres és kapcsolódó zavarok: 9–22%; táplálkozási- és evészavarok: egyes kutatások szerint az anorexiával diagnosztizáltak 20–30%-ánál teljesülnek az ASD kritériumai; alvás-ébrenlét zavarok: akár 80%; nemi szerep diszfória: ASD diagnózis mellett nagyobb arányban jelenik meg a gender variancia, illetve nemi szerep diszfória diagnózis; diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok: 12–48%; szerrel összefüggő és addiktív zavarok: egyértelműen nagyobb arány, mint a nem ASD-vel élő populációban.

Transzdiagnosztikus jellemzők, tünetek mentén az aktuális keresztmetszeti kép sok zavarral mutathat átfedést (például a rugalmatlan gondolkodás ASD-ben, OCD-ben, OCPD-ben, testdiszmorfiás zavarban és hangulatzavarokban is megjelenik), ez mégsem jelenti azt feltétlenül, hogy ezen diagnózisok mindegyike felállítható. Nem minden esetben tisztázhatók a diagnosztikus folyamat végére, hogy a klinikai képet alakító tünetek a neurodevelopmentális eltérésekből, a környezeti tényezők hatásából, vagy esetleg ezek interakciójából eredeztethetők.

Néhány szempont támpontot jelenthet: A gyakran megjelenő ismétlődő mozgások, rituálék, rendezgetés OCD-re emlékeztethetnek, de hiányoznak a kényszercselekvések hátterében feltárható kényszergondolatok, félelmek, fóbiák, és a kliens nem érzi énidegennek a viselkedését. A furcsa, szokatlan magatartás, beszéd, pl. feltűnő mértékű meglassultság a szkizofrénia bevezető szakaszát juttathatja a klinikus eszébe, mely a keresztmetszeti kép alapján ritkán elkülöníthető az autizmustól, érdemes az (ideg)fejlődés mérföldköveit, valamint a szenzoros érzékelés jellegzetes eltéréseit explorálni. Ha egyértelműen tapasztalhatók hallucinációk, téveszmék, pszichotikus állapot (esetleg később a szkizofrénia diagnosztikus kritériumai is teljesülnek), és az autizmus is igazolható, kettős diagnózis felállítása indokolt. Az autizmus és az ADHD is neurodevelopmentális zavar, így jellemzőik között sok az átfedés (pl. a hiperfókusz vagy a babrálás mindkét állapotban előfordul), és kiemelkedően magas a komorbiditás (49). Gyakori, hogy egy-egy hasonló nehézségnek más az oka, pl. autizmus esetében a társas szabályok hiányos ismerete, míg ADHD-ban az impulzivitás, türelmetlenség okoz nehézséget az interperszonális kapcsolatokban. Az elkülönítést segítheti a részletes gyermekkori anamnézis, például ADHD-ban nem jellemző az állandóság, kiszámíthatóság preferenciája. Szociális fóbiára is emlékeztethet az autisztikus viselkedés, illetve a két állapot szövődhet is egymással. Szociális fóbia esetében nem a készséghiány, hanem mások megítélésétől, a megszégyenüléstől való félelem dominál. Főleg autista nőknél gyakran merül fel differenciáldiagnosztikai kérdésként a borderline személyiségzavar. Dührohamok, krónikus ürességérzés, érzelemszabályozási problémák, átmeneti disszociatív vagy pszichotikus tünetek, egy másik személyhez való intenzív kötődés mindkét állapotban jellemzőek lehetnek; ugyanakkor a gyerekkor feltérképezésekor felmerülő, autizmusra utaló vonások, állandóság preferálása, speciális érdeklődés, illetve szenzoros érzékenység eltérései mentén merülhet fel az autizmus diagnózis. Fontos kiemelni, hogy személyiségzavarok gyakran fordulnak elő komorbid állapotként, mely a nem gyógyszeres terápiás lehetőségek szempontból kiemelt jelentőségű. A depressziós állapotoktól való elkülönítés szintén kihívást jelenthet (pl. a páciens mindig lefelé

Hungarica

néz, szegényes a mimikája, beszéde monoton, halk, mozgása gátolt, esetleg egyszerű, sötét színű ruhákat hord, nem sminkeli magát). Ugyanakkor autizmus fennállása esetén is észrevétlenül maradhat a depresszió, melynek felismeréséhez autizmusban a viselkedés megváltozása, érdeklődés csökkenése adhat támpontot. A traumának, poszttraumás stressz zavarnak is vannak az autizmusra hasonlító jelei: pl. izolálódás, az emberek kerülése, fokozott szenzoros érzékenység, stimming, érzelemkezelési nehézségek, disszociáció. Ebben az esetben is fontos a komorbiditás feltárása, mert az autisták szociális naivitásuk, szokatlan viselkedésük miatt gyakran áldozatai bántalmazásnak, bullyingnak. A helyzetet tovább súlyosbíthatja, hogy társas kommunikációs nehézségeik miatt igen nehezen, vagy egyáltalán nem tudnak segítséget kérni. Autizmusban az átlagosnál gyakoribbak az öngyilkossági kijelentések, de kifejezetten nagy a kockázata az öngyilkossági kísérleteknek és a befejezett szuicidumnak is (50). Komorbid depresszió és autizmus esetén különösen fontos felmérni a szuicid rizikót. Autista személyeknél gyakoribb az eltérő nemi identitás és szexuális orientáció, illetve addikció is gyakrabban fordul elő az átlaghoz képest, melyek szintén elfedhetik az autisztikus vonásokat.

Terápiás lehetőségek, biológiai terápiák, pszichoterápia, párterápia

Biológia terápiák

Az ASD gyógyítására és a magtünetek kezelésére jelenlegi ismereteink szerint nem áll rendelkezésre farmakoterápia, a korai diagnosztikától és ezt követően következetesen alkalmazott gyógypedagógiai fejlesztéstől, és az ezt kiegészítő pszichológiai támogatástól várható a nehézségek mérséklése. Ugyanakkor, a járulékos tünetek (önsértés, heteroagresszió, dühroham, ingerlékenység) és pszichiátriai komorbiditások előfordulása autizmus spektrum zavarban a neurotipikus populációhoz képest igen magas, felismerésük és gyógyszeres kezelésük elmaradása az érintettek életminőségének jelentős romlásával jár (51). Az autista páciensek gyakran szednek pszichotróp szert. A legtöbb kutatás a gyógyszeres terápiák hatékonyságát gyermekek körében vizsgálta (52), felnőttek kezelésével kapcsolatban kevesebb adat áll rendelkezésre. Általános irányelvként elmondható, hogy az egyéb pszichiátriai indikációban alkalmazott szereket a szokásosnál kisebb dózisban érdemes adni, vagy legalábbis elkezdeni, és a gyógyszeres terápia elkezdését megelőzően nem gyógyszeres terápiás lehetőségeket ajánlott megfontolni (amennyiben rendelkezésre állnak), bizonyos szempontokat figyelembe véve. Az ASD magtüneteire vonatkozó farmakoterápiás vizsgálatok egyelőre nem vezettek konklúzív, pozitív eredményre [pl. oxitocin (53), vasopresszin és vasopresszin-receptor antagonisták, például balovaptan (54), IGF-1 (55), cariprazine (56)], nincs ilyen indikációban gyógyszer forgalomban.

A járulékos tünetek kezelésére második generációs antipszichotikumok alkalmazása terjedt el, számos kutatásban vizsgálták hatékonyságukat. Az FDA risperidone és aripiprazol alkalmazását hagyta jóvá (57), Magyarországon ebben az indikációban nem rendelhetőek. Az elmúlt évek során gyermekek körében vizsgálták a cariprazine hatását is és számos tüneti dimenzióban (pl. OCD, szorongás, depresszió) találtak javulást (56). Több vizsgálat célozza az endokannabinoid rendszert, és kannabidiol alkalmazásától a társas készségek terén is várnak tüneti javulást (58). Melatonin és agomelatin pozitív hatásáról is elérhetők vizsgálatok (59–61).

Szintén autizmus specifikus biológiai, de nem gyógyszeres terápiás lehetőség, a repetitív transzkraniális stimuláció. A depresszióban már széles körben alkalmazott és Magyarországon is elérhető kezelés vizsgálata autizmusban egyelőre ellentmondásos, de biztató eredményekkel szolgál. Nehézséget jelent az állapot heterogenitása és a komplex tüneti kép: különböző típusú nehézségekhez jelentősen eltérő protokoll alkalmazására lehet szükség (pl. különböző agykérgi területek ingerlése, serkentés és gátlás megfelelő aránya, ingerlés frekvenciája) (62).

A pszichoterápiás kezelés kihívásai

Az ASD-vel élő személyek jelentős részénél (zavaronként eltérő arányban) egyéb, DSM-5 kritériumokat kimerítő pszichiátriai zavarok is leírhatók. A felállított diagnózis mellett az egyes személyek működését az ASD súlyossága, az intellektuális képességek, a beszédhasználat és -értés szintje, az érintett személy személyisége, környezete, életkora, neme, gender diverzitása és nem utolsósorban a komorbid zavarok is nagymértékben befolyásolják. A valódi komorbiditás vagy átfedő tüneti kép dilemmáját több kutatás is felveti, a (pszicho)terápiás kezelés tervezésének szempontjából fontos lehet mindkét lehetséges megközelítés ismerete, megvizsgálása.

A kamasz- és felnőtt ellátásban is gyakran tapasztalható, hogy a keresztmetszeti kép nem feltétlenül mutatja a „típusos" ASD jellemzőket, azonban a diagnosztikai folyamat során feltáruló hosszmetszeti kép a tipikustól eltérő fejlődési utat rajzol ki. A felnőttkorban lefuttatott ASD diagnosztikai folyamat (ami például a felnőtt ellátásban ritkábban alkalmazott részletes heteroanamnézis felvételét is tartalmazza) hosszabb időt vehet igénybe, azonban az így megszerzett információk a terápiás folyamat megtervezésében is elengedhetetlenek. Az, hogy a klinikai képet alakító tünetek a neurodevelopmentális eltérésekből, a környezeti tényezők hatásából, vagy esetleg ezek interakciójából eredeztethetők, nem minden esetben tisztázható a diagnosztikus folyamat végére.

A pontos diagnosztika, a megfelelő farmako- és pszichoterápia meghatározásakor fontos, ha a szakember fejben tartja a neurotipikus populációhoz képest magasabb halálozási rátát is az ASD populációban – ami kiterjed mind a mentális-, viselkedési- és szomatikus halálokokra is (63). Pszichiátriai szempontból kiemelendő, hogy a szuicidium kockázata 9-szer nagyobb az I-es támogatási szükségletű (régebben használt kifejezéssel „high functioning") ASD-vel élő személyek esetében a kontrollcsoporthoz képest. ASD-specifikus rizikófaktorok lehetnek: társaskapcsolati nehézségek; perspektívaváltási nehézségek; bullying áldozatává válás; impulzivitás; illetve idősebb személyeknél nagyobb társas nyomás a konformitásra, az érintett személyek jobban felismerik különbözőségüket a neurotipikustól (64). A pszichés segítségnyújtás tervezésekor fontos azt is szem előtt tartanunk, hogy a fent említett komorbid pszichés zavarok kezelésével való együttműködés nehezített lehet, ami szintén növelheti a szuicid kísérlet, illetve a szuicid krízisállapot kialakulásának esélyét.

A terápiás szakasz tervezésekor a neurodevelopmentális zavar figyelembevétele nélkül a beavatkozás hatékonysága sem lesz kielégítő. Ez pedig nemcsak a páciens együttműködésére, terápiában való elköteleződésére, hanem a terapeuta bevonódására, saját szakmai hatékonyságának értékelésére, megítélésére is hatással lehet. Az alábbiakban néhány alapvető szempontot említek az autizmussal élők pszichoterápiájának tervezéséhez. Az egyes pontoknál egy-egy példával igyekszem a konkrét gyakorlati teendőkhöz is iránymutatást adni.

• *Akadálymentesítés, adaptálás:* terápiás tér módosítása (pl. ketyegő óra kiiktatása); metakommunikációs eszközök mérséklése, tisztázása; terápiás keretek tisztázása nemcsak szóban, írásban is; vizualitás alkalmazása, struktúra kialakítása (pl. napirend összeállítása közösen az ülés elején).

• *Viselkedésterápiás, kognitív-viselkedésterápiás eszközök alkalmazása:* az ASD-vel élők pszichoterápiájában a bizonyítékokon alapuló gyakorlat szerint ezek a beavatkozások hatékonyak – természetesen az egyéni igényekhez igazodva. Több, CBT alapokon nyugvó módszert (pl. sématerápia, dialektikus viselkedésterápia) is adaptáltak erre a speciális populációra, ezek kézikönyvei, segédanyagai elérhetők, megvásárolhatók angol nyelven.

• *Társas- és kommunikációs készségfejlesztés:* ezen speciális populáció esetében a terápiás helyzet mint indirekt tanítási helyzet felismerése, mindennapokba átültetése nehezített lehet a páciensek számára, így az ilyen téren történő készségfejlesztés direkt módon is része lehet a folyamatnak.

• *(Pszicho)edukáció, diagnózissal való munka:* akár csoportos, akár egyéni formában, de az ASD-vel élők általános és specifikus eltéréseinek adresszálása, megértése a terápiás folyamat része.

Hungarica

• *Személyre szabás:* nemcsak a terápiás tér, terapeutával való kommunikáció személyre szabása fontos, hanem a körülhatárolt érdeklődési kör felhasználása is jó közvetítő közege lehet egyes analógiáknak, élethelyzeteknek, illetve megfelelő motivációs bázist is adhat.

• *Szülők, gondozók, partner/élettárs, barátok, kortársak bevonása:* sokkal gyakoribb és gyakran szükséges is a hatékony beavatkozás érdekében. Nemcsak a heteroanamnézis kinyerése, hanem a napi teendők tervezése, otthoni vagy akár munkahelyi környezet adaptálása érdekében fontos, hogy az egyéni terapeuta, illetve más segítő szakemberek – a páciens beleegyezésével – kapcsolatban legyenek a szoros környezet fontos szereplőivel. Pl. egy élettárssal való konzultáció során megvilágítható bizonyos, a hozzátartozó számára nehezen dekódolható, elfogadható viselkedés háttere, s ezt követően már a pácienssel közösen alternatív megoldások, módosítások alakíthatók ki a feszültségek, konfliktusok feloldásának érdekében. Másik példa lehet, hogy szociális munkással, családsegítővel való együttműködés során ezek a szakemberek kaphatnak a pszichológustól olyan szempontokat, amelyeket ha figyelembe vesznek, hatékonyabb lehet pl. a személy munkakeresése is.

• *Interdiszciplináris team:* az elméleti összefoglalókban oly sokszor említett team tagjai jelenleg Magyarországon több ellátóhelyen praktizáló szakemberek, így a közös munkamenet, célok összehangolása gyakran nehezített. A különböző ellátási formában (TB-finanszírozott, magán), esetenként eltérő gondolkodási keretben dolgozó szakemberek munkájának megszervezése, koordinálása nagy kihívást jelent. Például egy fiatal felnőtt, éppen munkát kereső személy kísérésében részt vehet pszichológus, pszichiáter, gyógypedagógus és szociális munkás is. Bár ez a komplexitás elengedhetetlen a komplex ellátáshoz, kivitelezése több nehézséget is hordozhat. Ilyen esetekben nem tisztázott, ki az „esetgazda", aki összefogja a folyamatokat. Az is nehézség, hogy a bevont szakemberek jellemzően munkaidejükön kívül egyeztetnek a kollégákkal, ami több szempontból is többletterhet ró a szakemberekre, s így közvetetten a terápiás folyamatra is – ezért ennek tudatosítása, szupervíziós fókuszba helyezése is minden bevont szakember feladatává válik.

Autizmus és párterápia

Az utóbbi időben került a család- és párterápia érdeklődési körébe a neurodiverz családtaggal élők rendszerszemléletű segítése. A tapasztalatok alapján az ASD-ben és ADHD-ban érintett gyerekek szüleinek a szülőkonzultációkon kívül a párkapcsolati elégedettséget növelő párterápiás beavatkozások is javítják az életminőségüket, és ennek hatására a vizsgálatok szerint hatékonyabban tudják kezelni a gyerekeik érzelmi és viselkedési problémáit is. Ezeken a párterápiákon egyre gyakrabban merült fel, hogy nem csak a gyerek, hanem egyik vagy másik, vagy mindkét szülő érintett a neurodiverzitás területén, bár nem voltak ezzel kapcsolatban vizsgálatokon, nincs diagnózisuk. Az is nyilvánvalóvá vált, hogy a párkapcsolati feszültségek, elakadások nem függetlenek a neurodiverz személyiségjegyek megnyilvánulásaitól. Ez a felismerés indította el a neurodiverz párterápia kidolgozását (85), aminek fontos eleme, hogy a terapeuta érti, ismeri az eltérő idegrendszeri fejlődés megnyilvánulásait, neuroaffirmatív szemléletben elfogadó a pár mindkét tagja iránt, nem célja neurotipikus irányba megváltoztatni a pár egyik tagját, hanem segíti a kölcsönös megértést, a törődést egymás igényei felé. A kettős empátia probléma (86) ismeretében a terapeuta tudja, hogy saját neurotipikus működése korlátozza a neurodiverz működés belső átélésének megértését, ezért folyamatosan figyeli a pár mindkét tagjával kapcsolatban felmerülő érzéseit. Ennek a párterápiás formának nincs egységes kezelési protokollja, többféle irányzat elemeit alkalmazzák. A tapasztalatok szerint lassú a változás, az átlagosnál hosszabb terápiás folyamatok zajlanak (87, 88). A szakirodalomban neurodiverz párkapcsolatnak hívják, ha a pár egyik vagy mindkét tagja az eltérő idegrendszeri fejlődés jeleit mutatja, az esetek egy részében rendelkeznek ASD, vagy ADHD diagnózissal (85, 89). A rendszerszemléletű pár- és családterápiában nem elsődleges a diagnózis megléte, a hangsúly a kapcsolati köl-

csönhatásokon van. A leírásokban ND-ként jelölik a neurodiverz vonásokat mutató partnert, és NT-nek a neurotipikus párját. A továbbiakban én is ezt fogom alkalmazni.

Milyen jelek alapján merül fel a párterápia során a neurodiverzitás lehetősége?

Gyakori párkapcsolati probléma *a kommunikáció nehezítettsége*. Az ND partner kommunikációja egyenes, néha kíméletlenül őszinte, nincs benne kétértelműség, időnként nyers. A kommunikációt információ átadásra használja, nagyon kimeríti az érzelmekről való hosszas beszélgetés. Egy idő után jelzi verbálisan, de inkább nonverbálisan, hogy már nincs jelen. A NT partner gyakran magára hagyottnak, meg nem értettnek érzi magát ezekben a helyzetekben. Tartós párkapcsolatban a NT partner az érzelmi távolság, a magányosság, az érzelmi kölcsönösség hiányát éli meg. Az ND partner is frusztrált, nem érti, pontosan mit hiányol a társa, saját érzéseit nehezen osztja meg (90).

> *„Nemrégiben egy párterápián a feleség hiányolta, hogy kevés elismerést, jó szót kap a párjától, ez számára nehezíti az intimitást, a közelkerülést. A férj telefonjába rögzítette, hogy reggel 9-kor, délután 4-kor és este 8-kor meg kell dicsérni a feleségét. Amikor ez kiderült, mert a férfi elmondta, hogy nem spontán a dicséret, a feleség nagyon megbántódott, a férj nem értette, mi a baj."*

Többször panaszkodnak, hogy *nehéz együtt kialakítani és fenntartani szociális kapcsolatokat.* A ND partner vagy elzárkózik, nagyon kevés kapcsolatot akar fenntartani, időnként a vendégség közepén távozik, másokat meghökkentő módon viselkedik, vagy társaságban túlságosan közvetlen, zavarba hozva ezzel partnerét. Gyakran okoz családi problémát a beszűkült érdeklődés, az ismétlődő merev viselkedési minták. A családtagok vagy kelletlenül alkalmazkodnak (pl. minden szombaton madármegfigyelés), vagy pedig a ND családtag izolálódik. Mindkét esetben nő a párkapcsolati feszültség. Sok nehézséget okoz a rugalmatlan, fekete-fehér gondolkodás, a váltással, változással kapcsolatos akadályok (pl. költözködés, nyaralás szinte lehetetlen). A szenzoros ingerekre való csökkent vagy túlzott érzékenység is okozhat kapcsolati problémát (pl. télen a lakásban nem lehet 17 foknál több; a tengerparti nyaralás alkalmával a férj csak a szállodai szobában tartózkodik, mert a parton meleg van; a feleség magányos, folyamatosan zsörtölődik, ha a többiek kibírják, te miért nem – de tényleg nem bírja ki, nem a párját akarja bosszantani).

Az *érzelemszabályozás, indulatkezelés területén is jellegzetes nehézségek adódnak.* Kiféradás, éhezés, alváshiány, érzelmi túlterhelődés esetén váratlan indulatkitörések történnek, általában nem a társ irányába, hanem tárgyak esnek áldozatul, illetve a saját test károsítása fordul elő (ököl, fej falba verése). A partner gyakran nem érti, hogy mi történt, aránytalannak érzi a reakciót a megelőző eseményekhez képest. Ezek a típusú problémák, megnyilvánulások nem egyformán, nem azonos intenzitással fordulnak elő a neurodiverz párkapcsolatokban, de több jel együttes jelenléte és az élettörténeti események megismerése után már megfogalmazható, hogy a párkapcsolati nehézségek egy része az eltérő idegrendszeri fejlődés megnyilvánulásaival függenek össze. Amikor a terapeuta megosztja ezt a felismerését a párral rendkívül fontos a nyelvhasználata, empátiája, a terápiás kapcsolat, mert ettől függ, hogy a pár tagjai olyan információnak tartják, aminek a segítségével speciális terápiás folyamatban vehetnek részt, ahol figyelembe veszik ezt az eltérést, vagy megbélyegzésnek, amit elutasítanak.

A felismerés hatása

A pár tagjai gyakran megkönnyebbülnek, most már értik mi történik velük, új szemüveget kaptak a párkapcsolat értékelésére, az erősségek, gyengeségek és a különbözőségek számbavételére. Pozitív, megoldást kereső attitűd alakulhat ki az új stratégiák kidolgozására. De sokszor megjelenik a gyászfolyamat, a harag és az önvád a NT partner részéről („láttam már az elején, hogy valami nem stimmel, de már révbe akartam érni"). El kell gyászolni a tipikus házasságot, és ezután születhet meg az elfogadás. A ND partner a felismerés hatására gyakran megfogalmazza, hogy „most már látom, nem vagyok lusta és érzéketlen, másképpen működöm".

A kapcsolat kialakulása

A felismerés után többször felmerül a kérdés, különösen a NT partner részéről, hogy hogyan választott ND partnert. Az élettörténet feldolgozása során a NT nők nemegyszer elmondják, hogy traumatikus, problémás eredeti családbéli élmények, vagy korábbi viharos párkapcsolat után a ND/ASD partner kiszámítható, megbízható, biztonságos választásnak tűnt. Az is gyakran elhangzik, hogy valamelyik szülő hasonló tulajdonságokkal rendelkezett, és a ND partner „ismerősnek" látszott. A NT férjek azt mondják, hogy kezdetben a ND nő nem manipulatív, őszinte, kicsit gyerekes lénye könnyen kezelhetőnek tűnt, a későbbi problémák kezdetben egyáltalán nem jelentek meg (91).

A szakirodalomban gyakran leírják, hogy a női autizmus sokkal rejtettebb, nehezen felismerhető, a tünetek eltérnek a férfiakétól. Ritkán tapasztalható a nőknél szokatlan, erősen fókuszált speciális érdeklődés. A nagyon merev ismétlődő viselkedési megnyilvánulások belesimulnak a tökéletes háziasszony, tökéletes anya szerepmegvalósításba. De a tartós közeli párkapcsolatban, az érzelmi kölcsönösség, az empátia, és a szexualitás terén markánsan jelennek meg a nőknél a neurodiverzitás jelei. Látványosan kevés az együttérzés, az intimitási igény csekély, megvalósítása nehezített. Gyakoriak az érzelmi összeomlások és a dührohamok, különösen a gyerekszülés és -gondozás érzelmi megterhelésének hatására. A párkapcsolatban nem jellemző a „maszkolás", ami hozzájárul a szociális helyzetekhez való alkalmazkodáshoz és a rejtve maradáshoz. Ezért sok nő számára a párterápián derül ki, hogy szerteágazó munkahelyi és kapcsolati nehézségei és a párkapcsolati elakadása részben az eltérő idegrendszeri fejlődés megnyilvánulásának következménye. Ezek a nők gyakran több évet jártak egyéni terápiába szorongásos, depresszív panaszaik miatt, és mert úgy érezték eltérnek a többiektől, de soha nem merült fel a neurodiverzitás lehetősége. Tapasztalataim szerint a nőknek sokkal nehezebb kezelni ezt a felismerést, a női szerepeket jobban érintő hiányosságnak élik meg.

Témák a párterápiában és a változást szolgáló beavatkozások

1. Minden párterápiában központi téma *az érzelmi kölcsönösség és az empátia fejlesztése.* Különösen fontos feladat ez a neurodiverz párkapcsolatokban, mert a ND partnernek nehézséget okoz felismerni, megérteni, hogy mit érez, gondol, mire készül a másik, és a NT partner sem érti társának belső állapotát. A terápia elfogadó légkörében fokozatosan fejlődhet a saját érzések felismerése és kifejezése, valamint a másik érzésének felismerése, és az arra való érzékeny reagálás. Ezt a célt elősegítő házifeladat, aminek részletes megbeszélése az ülésen zajlik, a „Járj a másik cipőjében" címet viseli (The Walking in Your Partner's Shoes Practice) (85). Az a feladat, hogy otthon figyeljék meg a társuk egy napját és próbálják minél részletesebben leírni, mit érzett, milyen állapotban lehetett egy-egy esemény kapcsán. A megfigyeléseket megosztják az ülésen, a társ megerősíti, vagy elveti az észrevételt, a kölcsönös egymásra figyelés növeli az egymásra hangolódást.

2. A *kommunikációs nehézségek* szintén állandó témái a párterápiáknak. A neurodiverz párterápiákban a terapeuta gyakran tolmácsol. A ND partner időnkénti nyers, bántó megfogalmazásait, ami mögött nincs is indulat, átfogalmazza. Pl. a „ne pampogj" helyett mondjuk azt, hogy „ne most beszéljük meg". A terapeuta segít egyensúlyt teremteni a NT partner érzelmeket hangsúlyozó és a ND partner főleg a racionalitást képviselő beszédmódja között. Hasznos feladat az ülésen, és otthon is a „Hallgasd, validáld, dícsérj" gyakorlat, mely során megszakítás nélkül kell végighallgatni a másikat, elmondani utána, hogy mit értett meg a partner beszédéből, és kifejezni, hogy örül a megosztásnak. Ezek a gyakorlatok nemcsak a kölcsönös kommunikációt javítják, de hozzájárulnak az érzelmi közelség fokozásához is.

3. Gyakori téma ezekben a terápiákban a *nagy mennyiségű kezeletlen stressz, túl sok szociális inger, vagy a szenzoros túlterhelés hatására kialakuló érzelmi összeomlás, dühroham, a „meltdown".* A ND partner az összeomlás során kontrollvesztést, súlyos kilátástalanság érzést él meg. Indulatos megnyilvánulásai megijesztik a család-

tagokat, különösen a gyerekeket. Fontos közös feladat ezek megelőzése. A terápián elemezzük, hogy milyen helyzetben jön elő, milyen testi érzésekkel jár, és hogyan lehet kilépni a helyzetből. Lényeges az is, hogy ki mit tud tenni a kiborulás elkerüléséért. Pl. nemrégiben egy párterápián a NT feleség felajánlotta, hogy jógázzanak együtt, és vett egy 1000 darabos puzzle-t is, hogy amikor nő a férjében a feszültség, hagyja el a közös teret és a hálószobában foglalkozzon a kirakóval.

4. Ezek *a párok sokféle nehézséget élnek meg a szexualitással kapcsolatban.* Bizonyos vizsgálatok szerint a neurodiverz párkapcsolatok 50%-a szexmentes (92). Ennek hátterében több tényezőt írnak le. A ND partner általában kevés korábbi tapasztalattal lép a tartós párkapcsolatába. Kommunikációs problémái és a kortársak közötti nehéz eligazodás miatt ritkán kezdeményez intim párkapcsolatot, és nehezen tudja fenntartani azokat. Gyakran torz képe van a szexualitásról (pornográfia), sok frusztrációt szenvedett már el ezen a területen. Nehéz a szavak nélküli egymásra hangolódás. A szenzoros túlérzékenység (pl. szagokra, testnedvekre, érintésre) szintén akadályt jelenthet az intimitásban. A párterápián gyakran hivatkoznak energiahiányra, megindokolva a szexmentességet. A párkapcsolat és a családi élet sokféle nehézsége mellett (gyakran ASD-s gyereket nevelnek) háttérbe szorul a szex, hallgatólagos megállapodás van a szexmentes életre. A szexuális problémák másik fajtája, amikor a ND partner által követelt gépies, robotszerű, beprogramozott szex teljesen független az érzelmektől, a másik igényeitől és vágyaitól. A terápia biztonságos légkörében a terapeuta feladata oldani az ezzel kapcsolatos kommunikációs gátakat és elősegíteni a reális elvárásokra épülő egymás valódi megértésére alapuló szexuális kapcsolat kialakítását.

5. Gyakran előkerülő *téma a családi élet tervezésének, szervezésének, a döntéshozatal folyamatának kérdése.* A rugalmatlan gondolkodás, a változás nehezen viselése aránytalanul hosszúvá teszi a máshol egyszerű feladatok megoldását. Az üléseken megpróbáljuk részekre bontani a komplex feladatokat, és elősegíteni az egyezkedést, a haladást.

6. Előkerülnek a párterápiában *a szülői szerepekkel kapcsolatos különbségek, feszültségek.* A ND szülő gyakran merev fegyelmezési szabályokat alkalmaz, érzelmileg nehezebben kapcsolódik a gyerekhez. A NT szülő próbál egyensúlyozni, időnként túlzottan engedékeny. A nevelési elvek különbsége kapcsolati feszültséget okoz. Különösen megterheli a párkapcsolatot, ha az autista gyerek kihívást jelentő viselkedésének szabályozásában nem értenek egyet.

7. A szakirodalomban fontosnak tartják, hogy a gyakran tapasztalt tartós párhuzamos aktivitás mellett az üléseken bátorítsa a terapeuta *a közös aktivitást, a közös hobbikat, közös időtöltéseket,* olyan formában, hogy egyensúly legyen a pár két tagjának különböző igényei között (kapcsolati heti terv, havi terv) (85).

8. Az *öngondoskodás jelentősége is előkerül a folyamatban.* Számot kell vetni azzal, hogy nem minden szükségletüket tudja kielégíteni a másik. A NT partner fokozottabb kapcsolati igényét saját támogató kör kialakításával érdemes kielégíteni. A ND partner érzelemregulációjához szükséges programok kialakítása saját hatáskörébe tartozik

Az eltérő idegrendszeri fejlődés kommunikációs, viselkedési, és érzelmi megnyilvánulásai (a nonverbális jelzések nehéz megfejtése, a rugalmatlanság, az érzelem- és indulatszabályozás, és az elmeolvasás nehézségei, az érzékszervi érzékenység megnyilvánulásai) erőteljesen megnehezítik az érzelmekre alapuló tartós párkapcsolat kialakítását, és a kapcsolati kölcsönösség fenntartását. A párok jelentős szenvedésnyomással érkeznek a terápiába. A terapeuta feladata biztonságos teret, jó terápiás szövetséget, neutrális viszonyulást nyújtani mindkét félnek. Segíteni kell újragondolni az elvárásokat, milyen változás lehetséges, mi az, ami nem fog változni. Fontos fejleszteni az elfogadást, a türelmet, a törődést a saját és a másik igényeivel. A terapeuta hite, elköteleződése, bíztatása segít a nehézségek elviselésében, a motiváció fenntartásában a lassú haladás ellenére (93).

Nagyon fontos, hogy a párterapeuták ismerjék a neurodiverz működés jellegzetességeit, és a párkapcsolatra gyakorolt hatását, mert ennek hi-

Hungarica

ányában sok félreértés, félreértelmezés fordulhat elő az ülések során. De a tudás birtokában nagyon értékes segítséget nyújthatunk ezeknek a pároknak.

Felsőoktatási intézményi támogatás

Az autista hallgatók helyzete a hazai felsőoktatásban

Világszerte nő az autizmus spektrum zavar diagnózisok száma, és ezzel egyidőben az egyetemi oktatásban is egyre több érintett hallgató jelenik meg (65, 66). Az előfordulásra vonatkozó adatok a Felsőoktatási Információs Rendszer (FIR) adatai szerint 2023/2024 őszi félévben az autizmussal regisztrált hallgatók száma 173 fő[1] volt.

A tendenciaszerű emelkedésre példaként kiemelhető, hogy az Eötvös Loránd Tudományegyetemen az autizmus spektrum zavarral regisztrált hallgatók száma a 2018 őszi szemeszterben 24 fő, a 2020 őszi szemeszterben 74 fő volt, a 2024 őszi szemeszterben pedig már 126 fő[2].

Nehezíti a pontos előfordulás meghatározását az is, hogy a gyakorlatban azt látjuk, hogy sok hallgató nem regisztrál, azaz nem fedi fel a diagnózisát a felsőoktatási intézmény számára, így az sokáig – akár a teljes tanulmányi időszak alatt – rejtve marad. Ennek több oka is lehet: előfordul, hogy nem szükséges számára semmilyen plusz támogatás a tanulmányaihoz, vagy azt természetes támogató környezete (pl. család) segítségével oldja meg. Az is jellemző, hogy van, aki azért nem regisztrál, mert nem tud arról, hogy az egyetem biztosítana számára támogatást, vagy úgy gondolja, hogy ő nem lenne jogosult ilyen segítségre. Korábbi negatív tapasztalatok, a stigmatizációtól és diszkriminációtól való félelem szintén hozzájárulhatnak ahhoz, hogy nem jelennek meg a rendszerben (66, 67). Az is gyakori helyzet, hogy akkor kérnek segítséget először, amikor már igazán nagy probléma, vagy krízishelyzet alakul ki, így viszont elesnek a preventív támogatási lehetőségektől (67). Tovább árnyalja a képet a gyakorlatban gyakran megfigyelt „rejtőzködés", és azoknak a felnőttkorban – sokszor csak egyetemista koruk után – diagnosztizált felnőtteknek is jelentős lehet az aránya, akik tanulmányaik kezdetén még nem rendelkeznek diagnózissal, ugyanakkor szintén küzdhetnek kihívásokkal.

Jogszabályi háttér és támogatási lehetőségek

A hazai felsőoktatásban tanuló autista fiatalok tanulmányaihoz kapcsolódó, esélyegyenlőséget biztosító szolgáltatásokat és kedvezményeket a 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról, illetve a 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet szabályozza (68). Az egyenlő esélyű hozzáférés biztosítása mellett rögzíti a jogszabály, hogy „az oktató tevékenysége során vegye figyelembe a hallgató egyéni képességét, tehetségét, fogyatékosságát" (2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról 35. § (2)), illetve, hogy a hallgatók jogosultak személyi segítő (mentor) igénybevételére, emellett tételesen felsorolja a tanulmányok során biztosítható, vizsgázással és a tantárgyi követelmények teljesítésével kapcsolatos módosítási lehetőségeket, kedvezményeket is.

Mivel a szabályozás nem rögzíti pontosan az adható támogatás és a segítő szolgáltatások személyi és szakmai követelményeit, a gyakorlatban igen sokszínű képet mutat az, hogy a felsőoktatási intézmény milyen mértékben veszi figyelembe az eltérő idegrendszeri működésű hallgatók szükségleteit, és milyen módon igyekszik támogatni előrehaladásukat, biztosítani egyenlő esélyű hozzáférésüket. Az egyetemek egy részében működik valamilyen támogató-segítő szol-

[1] Ez nem egyezik meg a ténylegesen regisztrált autista hallgatók létszámával, mivel intézményenként csak egy képzésben kerül rögzítésre a fogyatékosság, de ha egy hallgató több intézményben is tanul egyszerre, akkor minden intézményben külön rögzítik. Ezen kívül előfordulhat, hogy valaki az autizmuson kívüli más jogosultságot megalapozó fogyatékossággal is rendelkezik, és nem az autizmusa alapján kerül rögzítésre, ők nem kerülnek bele ebbe a létszámba.

[2] ELTE Egyetemi Fogyatékosügyi Koordinátor 2024. október 15. adatközlése alapján.

gáltatási központ, de legalább létezik egy kinevezett fogyatékosügyi/esélyegyenlőségi koordinátor (87/2015 Korm. rendelet, 64. § (2)), aki a speciális szükségletű (köztük az autista) hallgatók támogatását végzi (69). Ugyanakkor léteznek már hazai jó gyakorlatok is ezen a téren, komplex támogatási és szolgáltatási rendszerrel (70). Ezeknek a támogató programoknak és szolgáltatásoknak a működési szabályait, konkrét tartalmát már az adott intézmény belső dokumentumai (például Szervezeti és Működési Szabályzat, Hallgatói Követelményrendszer) részletezik.

Esélyegyenlőség – további lehetőségek és a jövő

Hazánkban diagnózis-alapú támogatási rendszer működik, azaz esélyegyenlőségi alapon akkor kaphat a hallgató támogatást, ha megfelelő diagnózissal rendelkezik a megfelelő szakértői szervtől (87/2015. Korm. rendelet). A valóságban ugyanakkor számos tényező akadályozza a hallgatókat jogaik érvényesítésében, például a sokszor átláthatatlan és bonyolult bürokratikus utak, információhiány, szégyenérzet a segítségkéréssel kapcsolatban stb. Ideális esetben, az egyetemes tervezés jegyében olyan környezet kialakítására törekszünk, amelyben nem szükséges speciális ellátást, vagy kivételeket alkalmazni, az oktatási környezet a képességek sokféleségét, a hallgatói populáció sokszínűségét és a tehetség különböző megnyilvánulásait veszi alapvetőnek az oktatás szervezése és az oktatás tartalmának kialakítása során egyaránt (71–73).

Gyakori kihívások egyetemistaként

A gyakorlati tapasztalatok és a szakirodalmi adatok szerint egyaránt elsősorban nem az akadémikus teljesítmény, vagy a tanulmányok teljesítése terén jelentkeznek kihívások az autista hallgatók esetében, hanem sokkal inkább a társas kapcsolatok, a közösséghez tartozás és az érzelmi jóllét területein (67). Sok autista fiatal ezekkel a kihívásokkal nem tud egymaga megküzdeni, jelentős és sokszor kezelhetetlen mennyiségű stresszt élhet át a felsőoktatásban (74), melynek leküzdésében általában a hagyományos támogatási formák nem elégségesek, és speciálisabb, az autizmus természetét és sajátosságait is figyelembe vevő megoldásokra lehet szükség (66).

Cage és Howes (75) kvalitatív kutatásukban több olyan témát is feltártak, amelyek negatív hatással vannak az egyetemisták jóllétére és a sikeres kimenetre: a rendszerszintű kihívások között a hozzáférés a diagnózishoz az egyik legnagyobb nehézség, de szintén ilyen akadályozó tényező az autizmussal kapcsolatos ismeretek és tudás hiánya általánosságban az egyetemi környezetben. Az egyetemi életben a diákokat közvetlenül érintő kihívások elsősorban az önállóság és tanulmányok megszervezése terén mutatkoznak meg. Sokszor nehezíti a helyzetüket a rosszul vagy nem pontosan definiált elvárások és a struktúra hiánya az oktatásban. Szintén különösen nagy stressz forrása lehet számukra az egyetemi elvárásokra tipikusan jellemző egyenetlen terhelés és egyenetlenül eloszló elvárások a félév során (74).

Sok hallgató küzd szenzoros kihívásokkal, és sokszor nincs megfelelő lehetőség az elvonulásra, az előadások közötti pihenésre, feltöltődésre a kampuszon. Szintén korábban nem tapasztalt nehézségként jelentkezhet a másokkal való együttélés, a kollégiumi élet is. A proaktív támogatás hiánya azért jelenthet kihívást, mert sokszor a hallgatók maguk is bizonytalanok abban, hogy milyen támogatásra lenne szükségük, nehezen tudják szükségleteiket konceptualizálni (73).

Nehezíti a helyzetet, hogy ezek a hallgatók sokszor erősen maszkolnak, nehézségeiket igyekeznek elrejteni, túlkompenzálnak, jellemző lehet az erős perfekcionizmus, amely további mentális megterhelést jelent a mindennapokban (76). A gyakorlatban látható, hogy kifejezett nehézséget jelent az információ-áradatban való navigálás, a legrosszabb a helyzet azokban a képzésekben, ahol az oktatók párhuzamosan többféle csatornát is használnak az információk átadására (különböző online és offline felületek, formális és informális csatornák).

Tranzíció

A serdülőkorból a fiatal felnőttkorba való átmenet egy különösen nagy kihívást okozó életszakasz az autista fiatalok és családjaik számára. Az átmenetre a bizonytalanság, az új kihívások megjelenése és a veszteség egyaránt jellemző (70). A köznevelés során a pedagógusok és az osztályközösség általában gondoskodik arról, hogy a fiatalok a mindennapi feladatokat elvégezzék, a teendők rutinszerűen, kiszámíthatóan zajlanak, az információk mennyisége kezelhető, korlátozott felelősséget és önállóságot várnak a diákoktól, az önkiszolgálásban, önállóságban is általában kap támogatást természetes módon a fiatal (74).

Az egyetemre belépve a változások több színtéren is zajlanak egyszerre, és legtöbbször egy védettebb, biztonságosabb, kiszámíthatóbb környezetből, a középiskolából egy sokkal lazábban strukturált, sokkal több önállóságot, tudatos tervezést és szervezést igénylő, idegen, általában magasabb társas elvárásokat támasztó, több interperszonális interakciót igénylő környezetben találja magát az egyetemista (67, 77). Ez a sok változás, a nagyobb önállóság iránti elvárásokkal, a korábban megszokott rutinok felbomlásával rengeteg stressz forrása lehet, ezért ebben az időszakban különösen fontos, hogy megfelelő támogatást kapjanak a fiatalok (67). Az átmenet tudatos tervezése, az egyetemi életre való felkészülést és az átmenetet támogató nemzetközi programok között találunk igen ígéreteseket is (77).

Társas kapcsolatok és izoláció

A legnagyobb kihívást általában az autizmushoz kapcsolódó, atipikus kognícióból adódó, és az eltérő információfeldolgozáshoz köthető sajátosságok, így elsősorban az egyetemi élet társaskommunikációs aspektusai okozzák (74). Ez magában foglalja az egyetem szinte minden színterét: az egyetemi dolgozókkal, oktatókkal, illetve a kortársakkal folytatott interakciókat, a társas programokban, csoportmunkákban, egyetemi projektekben való részvételt, a szakmai gyakorlatok teljesítését is. Gyakori tapasztalat, hogy ezek a hallgatók marginalizálódnak a kortárs közösségben, baráti kapcsolatokat nem, vagy nagyon nehezen tudnak kialakítani, fenntartani hosszabb távon. Többen leírták az izoláció és kívülállóság élményét, ezek a hallgatók gyakran szembesülnek kirekesztettséggel a kortárs közösségben (73, 75), nem ritkán bántalmazásnak, bullyingnak is ki vannak téve (78), az autizmushoz kapcsolódó jellemzők miatt pedig stigmatizációt élhetnek meg (75). Az említett nehézségek miatt az autista fiatalok igen nagy része társas elutasítással, magánnyal és izolációval kényszerül szembenézni egyetemi évei alatt (75). A barátságok és szoros érzelmi kapcsolatok kialakítása ugyanakkor kulcsfontosságú az érzelmi jóllét és az önértékelés megőrzése érdekében, jelentősen kompenzálhatja a negatív életesemények hatását, és a depresszió megelőzésében is fontos szerepet játszik az autista személyek életben is (79). Több szerző, például *Hillier és mtsai* (80) is kiemelik a társas kapcsolatok, barátságok hiányának romboló hatásait és negatív következményeit az egyetemisták körében.

Mentális egészség

Ismert, hogy az autista személyek mentális egészsége a neurotipikus populációval összehasonlítva sokkal rosszabb képet mutat (81). *Gelbar és mtsai* (2014) a meta-analízisükben elemzett 20 tanulmány alapján megállapítják, hogy a leggyakrabban előforduló élmény az autista egyetemisták körében a magány és a szorongás. A társas helyzetekben átélt kudarcok, frusztrációk és zavartság szorongássá alakulhat, és hosszan fennmaradhat (74).

Feltűnően magas a társuló pszichés zavarok száma, a teljes autista populáción belül mintegy 30% (33), elsősorban szorongás, depresszió, és OCD jellemző komorbid állapotként, melyet a társas izoláció súlyosbíthat (67, 78). A szorongás és a stressz negatív hatással van az akadémikus teljesítményre is, a korai lemorzsolódás egyik oka lehet (82). A társas izoláció a különbözőség és a kirekesztettség érzését hozza magával, a társuló pszichés problémák pedig minden szakirodalmi adat szerint további jelentős kihívásokat

okoznak ezeknek az egyetemistáknak, melyet az ellátórendszernek is figyelembe kell vennie (78, 82).

Segítségkérés és önérdek-érvényesítés

Túl sok szó esik az autizmus által okozott hátrányokról, és kevés az erősségekről, amely pedig segíthetné a pozitív énkép, a megfelelő önérdek-érvényesítés alakulását (73). Azok a hallgatók, akik nyitottak a saját autizmusukkal kapcsolatban, kérnek támogatásokat, élnek az akadálymentesítési lehetőségekkel alapvetően pozitívabb attitűddel jellemezhetők, és a nehézségeket sokkal inkább a megfelelő támogatás hiányának tulajdonítják, kevésbé a saját állapotuknak (73). Az akadémikus, tanulmányi támogatások és az esélyegyenlőségi támogatások mesterséges szétválasztása hátráltatja, hogy megfelelő segítséget kapjanak a hallgatók, mivel sokszor szükségtelenül sok bürokratikus lépésen, feleslegesnek tűnő interakción kell magukat átverekedni (73).

Akadémiai teljesítmény és lemorzsolódás

A fent részletezett kihívások miatt igen gyakori, hogy a fiatalok kimaradnak az egyetemről, segítség hiányában teljesen magukra maradnak, és feladják a tanulmányokat (75). Nemzetközi adatok arra utalnak, hogy az autista hallgatók közül nagyon sokan fejezik be tanulmányaikat diploma megszerzése nélkül (83, 84). Úgy tűnik, hogy ezek a hallgatók átlagos, vagy akár kiemelkedő intellektuális képességeik mellett is számos kihívással küzdenek, melyek elsősorban nem az akadémikus teljesítményükhöz vagy tudásukhoz köthetők (66), és sokkal nagyobb arányban vannak kitéve a korai lemorzsolódásnak. A speciális szükségletű hallgatók lemorzsolódásával kapcsolatban hazai kutatási adatok sajnos nem állnak rendelkezésre, de valószínűsíthető, hogy a nemzetközi tendenciáknak megfelelően, nálunk is igen magas a lemorzsolódás.

Kortárs támogatás a felsőoktatásban

Speciális kortárs mentorprogramok

Az utóbbi néhány évben jelent meg a felsőoktatási támogatások között a kortárs mentorálás mint az autista fiatalok támogatásának egyik kiemelt területe (78), de egyelőre inkább pilot programokat találunk nemzetközi szinten is, melyek elsősorban önbeszámolókon alapulnak. Szisztematikus, kvantitatív eredményeket is magában foglaló kutatási adatok egyelőre kis számban állnak rendelkezésre (72). Az ilyen programok elsődleges fókusza általában közvetlenül az egyetemi tanulmányokhoz vagy a pszichoszociális jólléthez kötődik. Egy jól megtervezett és módszertanilag megalapozott mentorprogram a fent leírt egyetemi környezetben az autizmussal összefüggő kihívásokra nyújthat adekvát válaszokat és konkrét támogatást. Ideális esetben a kortárssegítés, mentorálás része egy komplex, több területet is felölelő támogatási rendszernek (82).

Formális és informális kortárs kapcsolatok

Az autista hallgatók számára azért is lehet kiemelten fontos a kortárssegítés – mint támogatási forma –, mivel már maga a mentor–mentorált kapcsolat igen jelentős megtartó erőt jelenthet (80). Mivel az informális kapcsolatok spontán kialakítása és fenntartása – például csoporttársakkal – nehézségekbe ütközik, akkor szükséges és indokolt lehet egy külső, kívülről érkező, formálisan alakított és facilitált kapcsolat, mely számos olyan szerepet betölthet, mint amelyet a barátok, ismerősök, csoporttársak töltenek be az ember életében. Ezek biztosíthatják azt a társas támaszt, ami az érzelmi jólléthez hozzájárul (79).

A mentor, vagy kortárs segítő feladatai sokfélék és igen változatosak lehetnek, ideális esetben individuális tervezés előzi meg az egyénre szabott módon meghatározott segítői tevékenységeket, feladatokat és célokat (66). *Hillier és mtsai* (80) fókuszcsoportos kutatásukban a következő főbb területeket tárták fel, amelyekre kiterjedhet a kortárs mentori támogatás:

- akadémikus sikerességhez köthető segítségek (például időbeosztás, tanulási módszerek és technikák, tárgyfelvétel, kommunikáció oktatók-

Hungarica

kal, csoportmunkában való részvétel, kurzusokhoz kapcsolódó terhelhetőség, határidők tartása, prioritások meghatározásában nyújtott segítség, tanulmányok – félév – tervezése);

• az egyetemi rendszer és hierarchia jobb megértése, átlátása, az elvárások tisztázása;

• egy támogató, megtartó kapcsolat, van valaki, akivel megbeszélhetik a nehézségeket;

• társas kapcsolatok támogatása, részvétel facilitálása a társas aktivitásokban a kortársakkal.

Hillier és mtsainak (80) kutatásában a mentoráltak a program befejezése után 1 évvel is hasznosnak találták a kortárs mentorokat, tehát a programnak hosszabb távú pozitív eredményei is voltak. Ez, és több más egyetemi támogatási program is hangsúlyozza, hogy az autista hallgatók számára az akadémikus támogatás mellett legalább annyira hangsúlyos a társas-kommunikációs környezet is, amelyben szintén szükség lehet támogatásra a sikeresség érdekében.

A mentorok fontos összekötő, „híd" szerepet tölthetnek be az autista fiatal életében: a középiskolából az egyetemre történő átmenet támogatásában, az egyetemi társas környezetbe való beilleszkedésben, és a szülői támogatástól az önállóságig vezető úton is fontos szerepük lehet (83). A kortárssegítő programoknak az individuális eredményeken túl szélesebb körű hatásai lehetnek, a mentorok is pozitív impulzusokat tapasztalhatnak (83).

Egy jó gyakorlat bemutatása: autista hallgatókat támogató kortárs személyi segítő program az ELTE-n

Az Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Speciális Hallgatói Ügyeket Támogató Iroda Autizmus Munkacsoportjának szervezésében működő kortárs személyi segítő program egy egyéni támogatási forma, ami az autista egyetemisták számára úgy kínál szakszerű támogatást és segítséget, hogy közben a társas kapcsolati nehézségeket is figyelembe veszi. Ez egy olyan proaktív, prevenció-fókuszú támogatási forma, amely igyekszik a lemorzsolódást csökkenteni és a mentális jóllétet növelni. A programban diákmunka keretében a motivált és érdeklődő hallgatók kortársként támogatnak egy autista egyetemistát teljesen egyénre szabott formában, olyan módon, ami biztonságos, kiszámítható, jól tervezhető mindkét fél számára, és valódi, konkrét segítséget nyújt egyetemi helyzeteket érintő gyakorlati kérdésekben és problémákban.

A program felépítése

A programba jelentkező hallgató igényfelmérése előzetes kérdőív és személyes félig strukturált interjú segítségével történik, annak feltárása érdekében, hogy pontosan milyen területeken lenne szüksége támogatásra, és milyen személyes céljai vannak. Az egyéni szükségletekhez és az autizmus sajátos kognitív profiljához illeszkedve a leggyakrabban előforduló feladatok és jellemző támogatási területek:

• Kommunikációs helyzetek támogatása (írásbeli és szóbeli egyaránt): pl. oktatókkal, egyetemi adminisztratív személyzettel, speciális szükségletek jelzése az oktatók felé.

• Kortárs kapcsolatok facilitálása, együttműködések segítése, pl. egyetemi csoportmunka, páros munka, ezek lebonyolításában, megszervezésében segítség. Hangsúlyos lehet ebben a csoportfolyamat facilitálása, a következő lépések megtervezése, vagy akár segítség egy messenger üzenet megfogalmazásában. A segítő gyakran a társas helyzetek algoritmizálásában tevékenyeken is részt vesz. Szabadidős, közösségi programokon támogatja a részvételt, segít a releváns programok felkutatásában. Jellemző, hogy gyakran csak az első lépés megtétele hiányzik, hogy ne egyedül kelljen elmenni egy csoportos beszélgetésre, vagy egy társasjáték klubba.

• Végrehajtó működések támogatása: pl. adminisztratív kérdésekben, ügyintézésben (diákigazolvány, könyvtári beiratkozás és kölcsönzés, ösztöndíj-pályázatok adminisztrációja stb.). A tanulmányok megtervezésében és megszervezésében is gyakran segít a tantervi háló közös áttekintése és értelmezése, a választási/döntési helyzetek elemzése, szükség szerint algoritmizálása is feladat lehet, de ide tartozhat a napi-heti-féléves tanulmányi tervek elkészítésének és a tanulmányok nyomon követésének támogatása is.

• Tanulás, akadémikus teljesítmény: egyéni korrepetálás, közös tanulás, figyelembe véve az autizmus sajátosságait, nagyobb egyetemi feladatok, pl. beadandó dolgozat kisebb lépésekre bontása, segítség a folyamat megtervezésében.

• Egyéb problémák, kérdések és elakadások delegálása, megfelelő személy felkutatása (pl. pszichológus, adminisztratív személyzet stb.), jelző-funkció.

Toborzás, kiválasztás, tréning folyamata

A segítői munka meghirdetése egyetemi formális (pl. Neptun) és informális (közösségi média) felületeken történik. Az érdeklődő jelentkezőkkel az első interjú során a motiváció feltérképezése történik, illetve a programmal kapcsolatos általános információk átadása. Nyáron két teljes napos tréningen vesznek részt a jelentkezők, melyben információátadás, szemléletformálás és saját élményű készségfejlesztés is hangsúlyosan van jelen. A tréning a következő elemeket foglalja magában:

• általános elméleti ismeretek az autizmus spektrum állapotról mint sajátos gondolkodási és információ-feldolgozási módról, az atipikus kognitív profil jellegzetességeinek megismerése;

• a neurodivergens egyetemisták leggyakoribb nehézségei, kihívások, amikkel találkozhatnak a segítői munkájuk során. Saját élmények megismertetése közvetlenül egy tapasztalati szakértőtől;

• kortárs segítő feladatai, lehetőségei, kompetencia-határai, együttműködés más szereplőkkel – támogatási rendszer és információ-áramlás az egyetemen;

• gyakorlat – sajátélmény;

• gyakorlat – segítő beszélgetés alapjainak gyakorlása és kommunikációs eszköztár fejlesztése;

• lehetséges feladatok és felelősség, határok és keretek a segítő munkában.

A tréninget sikeresen elvégző hallgatókat ezután a szakmai team összekapcsolja a támogatást igénylőkkel. A kortárs és az igénybe vevő hallgató „illesztése” egyéni profil alapján történik (főbb szempontok: szak; igények és vállalt kapacitás; a feladatok jellege), melyet az esetfelelős végez el.

Ezután közös hármas megállapodás (autista hallgató, kortárs segítője, esetfelelős) kötése történik fél éves időtartamra (az aktuális egyetemi szemeszter végéig) az esetfelelős vezetésével. A megállapodásban a konkrét célok és feladatok rögzítése történik egyéni formában, írásban. A hallgató és a kortás segítője ez után strukturált keretek között, de saját időbeosztásukhoz igazítva, heti rendszeres találkozókon vesznek részt, amelyek során a kitűzött célok érdekében dolgoznak együtt.

Nyomonkövetés és monitorozás

A segítők rendszeres egyéni szupervízión és csoportos esetmegbeszélőn vesznek részt pszichológusok vezetésével. A minőségbiztosítás érdekében rendszeres értékelést és visszacsatolás kap a szakmai team és az esetfelelős minden szereplőtől, és félévente történik a célok közös értékelése és felülvizsgálata. Lehetőség van a segítői munkát a félév után is folytatni, mindig egy újabb szemeszterrel meghosszabbítva.

A programban résztvevők tapasztalatai

Részletes hatásvizsgálat eddig nem történt, de a programban résztvevők körében a lemorzsolódás lényegében megszűnt. Az autista hallgatók a következő területeken számolnak be változásról:

• kapcsolódás, pozitív kortárs kapcsolat, mely sok esetben az egyetlen az egyetemen;

• pozitív szerepmodell, minta a kortárs, társas helyzetekben, de akár a jövőbeli tanulmányi kimenetek tekintetében is;

• magabiztosabbak lesznek az egyetemi interperszonális helyzetekben;

• a segítő egy híd, egy összekötő kapocs a hallgató és az egyetem között, van egy bizalmi kapcsolat, akitől tud kérdezni, ha elakad;

• fejlődést tapasztalnak az önállóság és autonómia területén. A nyújtott segítség szisztematikus „elhalványítása”, csökkentése a programba beépített elem, az önállóság és kompetencia fokozatos növelésével.

A kortárs személyi segítők is pozitív változásokról számolnak be a munkájukhoz kapcsolódóan:

• az egyéni szinten túl, általános szemléletet, új nézőpontot kapnak a sokszínűségről és az

egyéni szükségletekről, színes, egyéni élettapasztalatokat és életutakat tudnak megismerni, mely transzferálódik későbbi (szakmai) életükre is;

• sok hallgató szakmai szempontból is fejlődésről számol be, különösen a segítő szakmára készülők esetében jelentős ez a hatás (pszichológia szakosok, tanár szakosok, társadalomtudósnak készülők);

• a segítő személyiségének fejlődésében, önismeretének alakulásában is fontos szerepe van az itt szerzett élményeknek, saját határait, képességeit más szemszögből is meg tudja tapasztalni.

Az ASD-vel élők támogatásának jogi háttere

Az esélyegyenlőség biztosítása érdekében a magyar jogszabályok szerint autista személyek többféle támogatásra (pl. pénzbeli juttatások, tanulmányi könnyítések) is jogosultak (lehetnek). Az alábbiakban a vonatkozó jogszabályokat, a támogatás feltételeit és az orvosi dokumentáció szükséges tartalmi elemeit ismertetjük vázlatosan.

Fogyatékosság megállapítása és fogyatékossági támogatás

Az eljárásról részletes információ nyerhető: allamkincstar.gov.hu (Főoldal / Egészségbiztosítás / Betegség / Fogyatékossági támogatások / Fogyatékossági támogatás)

Vonatkozó jogszabályok: 1998. évi XXVI. törvény a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról (Fot.) és a törvény végrehajtási rendelete, a 141/2000. (VIII. 9.) Korm. rendelet a súlyos fogyatékosság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékossági támogatás folyósításának szabályairól (Fot. vhr.)

A Fot. 23. § (1) d) pontja alapján fogyatékossági támogatásra az a 18. életévét betöltött súlyosan fogyatékos, az ellátás igénylésének időpontjában Magyarországon élő magyar állampolgár, huzamos tartózkodási jogosultsággal rendelkező személy, továbbá a magyar hatóság által menekültként, illetve hontalanként elismert személy jogosult, akinek állapota a személyiség egészét érintő fejlődés átható zavara miatt, az autonómiatesztek alapján súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető, és állapota tartósan vagy véglegesen fennáll, továbbá önálló életvitelre nem képes vagy mások állandó segítségére szorul.

A Fot vhr. 1. melléklet 4. pontja szerint az IQ értékétől függetlenül autistának kell tekinteni azt a személyt, aki a fejlődés átható (pervazív) zavarában szenved, és az autonómiatesztek alapján állapota súlyos vagy középsúlyos (BNO szerinti besorolása: F 84.0–F 84.9).

A fogyatékosság megállapítására, illetve a fogyatékossági támogatásra való jogosultság megállapítására vonatkozó kérvényt a kormányablakban kell benyújtani. A szükséges szakorvosi véleménynek tartalmaznia kell az autizmus spektrum zavar diagnózisának felállítására vonatkozó adatokat (kórelőzményi adatok vagy aktuális kivizsgálási adatok részletes leírása), az egyén autonómia szintjére vonatkozó részletes megállapításokat, valamint a fogyatékosságot megalapozó mentális zavar tartósságára/véglegességére vonatkozó véleményt.

Megjegyzendő, hogy a fogyatékossági minősítés megállapításának feltételéül szabott „autonómia tesztek eredménye” jelenleg olyan próbatétel elé állítja mind az érintetteket, mind az ellátórendszert, ami az esetek egy részében a kérelmezők (autista személyek) jogsérelméhez vezet. A jogszabály ugyanis nem konkretizálja, hogy mit ért autonómia tesztek alatt, a vonatkozó szakmai irányelv is csak példaként említ ilyen vizsgálóeszközöket, a pszichiáter szakorvosok képzésének/kompetenciájának pedig jelenleg nem rutinszerű része az autonómia szint megállapításának vizsgálata, erre használható mérőeszközök használata. A kézirat készítésének időpontjában egyeztetés zajlik kormányzati szervekkel ennek az ellentmondásnak a feloldására, ami feltételezhetően a jogszabályban meghatározott „autonómia tesztek” értelmezési keretének kibővítéséhez fog vezetni. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy a kérelmezők nagy részénél elegendő lehet, ha a szakorvos a tünetek leíráshoz hasonlóan szabadszöveges formában ad részletes tájékoztatást a vizsgált személy autonómiájának (önállóságának, önellátási képességének) szintjéről

az alábbi területek vizsgálata alapján: tisztálkodás, öltözködés, étkezés, szabadidő önálló eltöltése, pénzfogalom, pénzkezelés, önálló közlekedés, tájékozódás, társas kapcsolatok kialakítása és fenntartása, beilleszkedés, alkalmazkodás, kommunikáció (önmaga kifejezése, mások, instrukciók, szabályok megértése), munkavégzés, jövővel kapcsolatos tervek, érdekérvényesítés, ügyintézés.

(Fogyatékossági törvény és 141/2000. (VIII. 9. Kormányrendelet) kritériumai: súlyos vagy középsúlyos ASD, a fogyatékos állapot tartós vagy végleges, a fogyatékos személy *önálló életvitelre nem képes:* állandó felügyeletet, irányítást igényel, mivel térben és időben tájékozódni nem tud, a lakásban nem képes egyedül élni anélkül, hogy ez önmagára vagy másokra nézve veszélyt ne jelentene, továbbá a pénz értékét nem ismeri, így a mindennapi élet szintjén önálló gazdálkodásra képtelen, a fogyatékos személy *önkiszolgálási képessége hiányzik:* mások személyes segítsége nélkül nem képes étkezni, vagy tisztálkodni, vagy öltözködni, vagy illemhelyet használni, vagy lakáson belül – a szükség szerinti segédeszköz igénybevétele mellett sem tud közlekedni: azaz *mások állandó segítségére szorul.*

Ennek alapján gyakori, hogy bár pszichiáter szakmai szempontból fennáll a középsúlyos vagy súlyos ASD, de a személy a fogyatékossági támogatás kritériumainak nem felel meg. Például: felnőttkorban diagnosztizált ASD-s, aki nyugdíj korhatárú, szakfelügyelőként is dolgozó, önállóan élő pedagógus, aki egyedül nevelt fel két gyermeket, akik egyetemi végzettséget szereztek: a jogszabályok szerint fogyatékossági adókedvezményre jogosult, de a fogyatékossági támogatás igénybevételének kritériumai nem állnak fenn.

Megváltozott munkaképesség, rehabilitációs és rokkantsági ellátások

Az eljárásról részletes információ nyerhető: https://szocialisportal.hu/megvaltozott-munkakepessegu-szemelyek-ellatasai/.

Vonatkozó jogszabályok: 2011. évi CXCI. Törvény a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról, és a törvény végrehajtási rendelete, a 327/2011. (XII. 29.) Korm. rendelet a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaival kapcsolatos eljárási szabályokról.

Ezek alapján az a személy minősül megváltozott munkaképességű személynek, aki a kérelem benyújtásakor 15. életévét betöltötte és az egészségi állapota a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 60%-os vagy kisebb mértékű. A megváltozott munkaképességű személyek ellátásaira való jogosultságnak további feltételei, hogy az adott személy a kérelem benyújtását megelőzően biztosítotti jogviszonyban állt (5 éven belül legalább 1095 napon át, 10 éven belül legalább 2555 napon át vagy 15 éven belül legalább 3650 napon át biztosított volt), keresőtevékenységet nem végez és rendszeres pénzellátásban nem részesül.

Megváltozott munkaképesség megállapítására, valamint a rehabilitációs és rokkantsági ellátások megállapítására vonatkozó kérvényt a kormányablakban kell benyújtani. A szükséges szakorvosi véleménynek tartalmaznia kell az autizmus spektrum zavar diagnózisának felállítására vonatkozó adatokat (kórelőzményi adatok vagy aktuális kivizsgálási adatok részletes leírása), valamint annak részletes leírását, hogy felnőttkorban kapott diagnózis esetén is 18 éves kor előtt kezdődött az állapot és a későbbi diagnózis ellenére is 18 éves kortól folyamatosan okozott munkaképesség változást (csökkenést, keresőképtelenséget). Utóbbinak a jogszabályi feltételként szabott biztosítotti jogviszony hiánya esetén kiemelt jelentősége van.

Magasabb összegű családi pótlék

Vonatkozó jogszabályok: 1998. évi LXXXIV. törvény a családok támogatásáról, és az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról.

A kérvényt a kormányablakban kell benyújtani. A szükséges űrlap (Igazolás tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről) a Magyar Államkincstár honlapjáról letölthető. Felnőttek esetében is ezt az űrlapot kell használni. Külön

Hungarica

szakorvosi vélemény nem szükséges a benyújtáshoz. A szakorvosnak az űrlapot kell kitöltenie és aláírásával, pecsétjével hitelesítenie. A jogszabályok alapján autizmus spektrum zavar okozta fogyatékosság esetén az űrlapon feltüntetendő adatok: betűjel: N, számjel: 1, BNO: F84.0 vagy F.84.1.

Az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény

Vonatkozó jogszabályok: 49/2009. (XII. 29.) EüM rendelet a súlyos fogyatékosság minősítéséről és igazolásáról, és a 335/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékosságnak minősülő betegségekről.

A kérvényt a NAV-hoz kell benyújtani. A NAV oldaláról letölthető a nyomtatvány: Kitöltési útmutató a 20K51 jelű, az igazolást kiállító szerv adatszolgáltatása a súlyosan fogyatékos magánszemély részére a 2020. évben kiállított, adókedvezményre jogosító igazolásokról elnevezésű nyomtatványhoz.

Külön szakorvosi vélemény nem szükséges. A szakorvosnak az űrlapot kell kitöltenie és aláírásával, pecsétjével hitelesítenie. A jogszabályok alapján autizmus spektrum zavar esetén az alábbi BNO kódok alkalmazhatók: F84.0-F.84.9.

Felsőoktatásban igénybe vehető kedvezmények

Az eljárásról részletes információ nyerhető: gyopsz.elte.hu (ELTE Gyakorló Országos Pedagógiai Szakszolgálat / Szakértői Bizottsági Tevékenység / Kérelmek benyújtása)

Vonatkozó jogszabályok: 2011. évi CCIV. Törvény a nemzeti felsőoktatásról, a törvény végrehajtási rendelete, 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról, és a 423/2012. (XII. 29.) Korm. rendelet a felsőoktatási felvételi eljárásról.

Az autizmus spektrum zavarból fakadó, a felsőoktatási tanulmányi kötelezettségek teljesítésével összefüggő fogyatékosság megállapítására vonatkozó kérvényt a GYOPSZ-hoz kell benyújtani. A szükséges szakorvosi véleménynek tartalmaznia kell az autizmus spektrum zavar diagnózisának felállítására vonatkozó adatokat (kórelőzményi adatok vagy aktuális kivizsgálási adatok részletes leírása), külön kiemelve, hogy a zavar a felnőttkor előtt is fennállt, részletezve a fejlődési előzményeket, valamint kifejtve, hogy az autizmus konkrétan hogyan akadályozza az érintett személyt a tanulmányaiban.

Egyéb esetek

A fentieken kívül számos egyéb oka lehet annak, hogy autista személyek orvosi igazolást kérnek annak érdekében, hogy különböző élethelyzetekben hozzáférjenek a számukra biztosított kedvezményekhez, lehetőségekhez (pl. hozzátartozó kísérhesse orvosi vizsgálatra, szakértőhöz, munkahelyi vezető megértse a helyzetét, szükségleteit, tömegközlekedésen ne kelljen maszkot hordania stb.). Ilyen esetekben a szakorvosi vélemény tartalmát célszerű az adott élethelyzetre vonatkozó adatokra korlátozni.

Az ASD igazságügyi pszichiátriai vonatkozásai

Az elmúlt néhány évben a diagnosztika szemlélete és a használt eszközök jelentős változáson mentek keresztül, mely az igazságügyi pszichiátriát is új feladat elé állította. A diagnózis felállítása továbbra is kihívást jelenthet, különösen a felnőttkorban észlelt ASD esetében, ahol a tünetek maszkolása, illetve a komorbid pszichiátriai zavarok jelenléte megnehezítheti a diagnosztikai folyamatot (42, 94). Az elmúlt évek során a Semmelweis Egyetem Forenzikus Pszichiátriai Munkacsoportjában is több alkalommal találkoztunk diagnosztizálatlan esetekkel, akiknél az elmemegfigyelés során merült fel az ASD lehetősége.

Forenzikus szakemberként komoly kihívást jelent a gyorsan változó diagnosztikai és terápiás megközelítések követése és beépítése a minden-

napi gyakorlatba. A megfelelő ASD diagnosztikához team-munka javasolt, multidiszciplináris és individualizált megközelítésben (37). Összességében kihívást jelenthet, hogy felnőttek, különösen a nők kevésbé diagnosztizáltak, ritkábban alanyai kutatásoknak, és esetükben kevésbé ismert a pontos tünettan. Az alkalmazott diagnosztikai tesztek (pl. ADOS) kevésbé mérik jól az ASD tünetek specifikus női megjelenési formáit. Emellett viselkedéses tüneteket mérnek, ami a maszkolás miatt felnőttkorban gyakran már kevésbé észrevehető, főleg jó intellektusú és verbális képességű, alkalmazkodni igyekvő személyek esetén. Továbbá komorbid vagy elfedő zavarok esetén (pl. személyiségzavarok, bipoláris affektív zavar, OCD) a tünetek összekeverhetők, ugyanakkor ezek a zavarok együtt is járhatnak egymással. Tapasztalataink szerint segítség a részletes exploráció és anamnézis, mely kiterjed az autisztikus gondolkodás ismérveire, a komorbid mentális zavarokat is érintő differenciáldiagnosztika, a tapasztalt tünetek kontextusban történő értelmezése, valamint a pontos heteroanamnézis, mely felnőttek esetén a gyerekkorra vonatkozóan időnként már nehezen elérhető.

Igazságügyi szakértői tapasztalatok

Az autizmus spektrum zavar – csakúgy, mint az egyéb mentális zavarok – minden jogi kontextusban előfordulhat. Az alábbiakban az egyes jogi eljárásokat tekintjük át igazságügyi pszichiáter szakértői szempontból. Az igazságügyi pszichiáter szakértés az igazságügyi pszichiátriának az a területe, amely különféle jogi kontextusokban (pl. büntetőeljárás, polgári eljárás, közigazgatási eljárás) a mentális zavarokkal kapcsolatban felmerülő jogi kérdésekhez biztosít tudományos és klinikai szakértelmet.

Büntetőeljárások

Büntetőeljárásban a sértett, tanú, terhelt (elkövető) vizsgálata történik. Sértettnél és tanúnál ez a *tanúzási képesség*re irányul: amit látott, hallott, megtapasztalt, azt képes-e a látottaknak, hallottaknak, megtapasztaltaknak megfelelően visszaadni, vagy a mentális zavara ezt nem teszi lehetővé. A szakértői tapasztalatok alapján a tanúzási képesség súlyos ASD-ben vagy nem beszélő autistáknál érintett. Az érzékszervi károsodások tanúzási képességre gyakorolt hatása nem pszichiáter szakértői, hanem általános orvosszakértői kompetencia.

*Akaratnyilvánítási képesség*et általában szexuális erőszak sértettjénél vizsgálunk. A vizsgálat célja annak megítélése, hogy a sértett képes volt-e a sérelmére elkövetett cselekmény jelentőségét, következményeit felismerni vagy a szexuális tevékenységbe való beleegyezése esetén a döntés élményét átélni. ASD-ben, meglévő szexuális ismeretek mellett is hiányozhat a döntés élményének érzelmi átélése, azonban ez a megállapítás nem általánosítható: minden eset egyedi megítélést igényel.

Terheltnél (elkövető) a beszámítási képességet, joggyakorlás és kötelezettségek teljesítésének képességét vizsgáljuk. A *beszámítási képesség*nek két eleme van: a felismerési és az akarati képesség. A felismerési képesség a cselekmény következményeinek az előrelátása. Az akarati képesség az akarat képzésére és az akaratnak megfelelő magatartás tanúsítására való képesség. Azt elemezzük, hogy az adott cselekmény és az annak elkövetése idején fennálló mentális zavar tünetei összefüggnek-e az adott cselekménnyel. Vagyis: a mentális zavar aktuális értelmi, akarati és érzelmi tünetei határozták-e meg (valamilyen mértékben) a cselekményben a viselkedést, azaz a mentális zavar tünetei ok-okozati összefüggésbe hozhatók-e a cselekménnyel. Leegyszerűsítve: azt értékeljük, hogy tudja-e, felismeri-e az elkövető, hogy a cselekmény olyan, amit „nem szabad csinálni”, illetve ha ezt felismeri, akkor képes-e arra, hogy ne tegye meg. Például: ASD-ben a rugalmatlan viselkedésszervezés miatt a viselkedés külső akadályozása (pl. számítógép elvétele, telefon elvétele használat közben) indulati cselekményt válthat ki. A *joggyakorlás képessége* azt jelenti, hogy a mentális zavar lehetővé teszi-e, hogy a terhelt megismerje az eljárás tárgyát és ügyiratait teljes terjedelemben, a felvilágosítást megértse, indítványozzon, vallomást tegyen, vagy azt megtagadja, kérdéseket tegyen fel, bizonyítékot terjesszen elő, indítványt és észrevételt tegyen, jogorvoslattal éljen. *Kötelezettség*

Hungarica

teljesítése azt jelenti, hogy képes részt venni az eljárási cselekményeken (pl. kihallgatás), képes az adatait, illetve adatváltozásait (pl. lakcím) közölni a hatósággal.

A saját szakértői tapasztalatok alapján – amely nem reprezentatív minta, mivel a vizsgálatok hatósági kirendelés alapján történnek – a beszámítási képesség ASD esetén az indulati cselekményekben érintett, azonban az egyéb cselekményekben, ha a beszámítási képesség érintett, az a komorbid mentális zavar tüneteivel (pl. értelmi fogyatékosság, serdülőknél érzelmi zavar) áll összefüggésben. Az ASD fogvatartás esetén a viktimizáció veszélyét hordozza.

Polgári eljárások

A polgári eljárások közé tartoznak a gondnokság alá helyezés/felülvizsgálat, ügyletkötésre vonatkozó belátási képesség, elhunyt személy jognyilatkozatának érvényessége, családjogi ügyek, sérelemdíj, kártérítési perek. Ezek közül a leggyakoribb a gondnokság alá helyezés, illetve annak felülvizsgálata. A gondnoksági eljárás célja az egyén jogvédelme. Az igazságügyi pszichiáter szakértő a belátási képességet vizsgálja, a cselekvőképességről a bíróság dönt.

A *belátási képesség* a mindennapi életvitelhez szükséges megismerési, mérlegelési és döntési képesség (például: realitáskontroll, érzelmi-indulati kontroll, helyzetfelismerés, probléma-megoldás). A belátási képesség megtartott, ha a mentális zavar fennállása mellett is képes a személy a valós helyzetét és érdekeit felismerni, ezt kifejezésre juttatni, a helyzetének és érdekeinek megfelelő döntést meghozni, a döntés következményeit felmérni.

A saját mintában – amely a fentebb említettek miatt nem reprezentatív – a belátási képesség csökkenése akkor volt megállapítható, ha súlyos ASD állt fenn, vagy az ASD mellett értelmi fogyatékosság is fennállt.

Közigazgatási eljárás

Az első fokon eljáró közigazgatási szerv döntését a fél megfellebbezheti. Ezt a másodfokon eljáró szerv helybenhagyja, megváltoztatja vagy megsemmisíti. ASD esetében az utóbbi eljárással találkozunk szakértőként. Ennek alapvető oka, hogy az ASD a 335/2009. (XII. 29.) Kormányrendelet alapján, mint pervazív fejlődési zavar, a fogyatékosságok közé tartozik. Fogyatékosság alapján különböző támogatások vehetők igénybe: pl. fogyatékossági adókedvezmény vagy fogyatékossági támogatás. *Fogyatékossági adókedvezmény* súlyos fogyatékosság esetén igényelhető. A fogyatékossági támogatás nem azonos a fogyatékossági adókedvezménnyel. A fogyatékossági támogatás rendszeres havi juttatás. A *fogyatékossági támogatás* jogszabályi hátterét a korábbiakban ismertettük.

A *pszichiátriai intézeti felvétel és gyógykezelés elrendelésé*re irányuló nem peres eljárásban az igazságügyi pszichiáter szakértő az ASD aktuális állapotának véleményezésében ugyanúgy jár el, mint bármely más mentális zavar esetében.

Konklúzió

Összefoglalásként elmondható, hogy az autizmusban érintett személyek egyedi és változatos kihívásokkal néznek szembe, ugyanakkor éppen az egyedi látásmódjuk számos területen járulhat hozzá újszerű, kreatív és szokatlan megoldások alkalmazásához. Az autizmus spektrum zavarral élők képességeit optimálisan kiaknázni csak azáltal lehetséges, ha a társadalom inkluzív és támogató intézkedésekkel, neuroaffirmatív szemlélettel törekszik arra, hogy segítse őket az élet minden területén.

Remélhetőleg a jövőben Magyarországon is egyre több lehetősége lesz a szakembereknek, hogy naprakész, praktikus információkat sajátíthassanak el az autizmusról (diagnosztika és támogatás terén egyaránt), hiszen már régóta nem tekinthető ritka, csak gyerekeket érintő állapotnak. A kliensek rendszeresen megjelennek az általános pszichiátriai és klinikai pszichológiai ellátásban, viszont eltérő támogatásra lehet szükségük, mint más pszichés problémák esetén.

Irodalom

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Internet). 5th ed., text rev. 2022. Elérhető: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

2. MAENNER MJ: Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ (Internet). 2023 (idézi 2024. szeptember 16.);72. Elérhető: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm

3. NYRENIUS J, EBERHARD J, GHAZIUDDIN M, GILLBERG C, BILLSTEDT E: Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Adult Outpatient Psychiatry. J Autism Dev Disord, 2022; 52 (9):3769–3779.

4. SHAW KA: Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. MMWR Surveill Summ (Internet). 2021 (idézi 2024. október 27.); 70. Elérhető: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/ss/ss7010a1.htm

5. HARTMAN D, O'DONNELL-KILLEN T, DOYLE JK, KAVANAGH DM, DAY DA, AZEVEDO DJ: The Adult Autism Assessment Handbook. London, Jessica Kingsley Publishers, 2023; 368.

6. O'NIONS E, PETERSEN I, BUCKMAN JEJ, CHARLTON R, COOPER C, CORBETT A ET AL: Autism in England: assessing underdiagnosis in a population-based cohort study of prospectively collected primary care data. Lancet Reg Health Eur, 2023; 29:100626.

7. LAI MC: Autism. The Lancet, 2014; 383 (9920):896–910.

8. LAI MC, LOMBARDO MV, AUYEUNG B, CHAKRABARTI B, BARON-COHEN S: Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2015; 54 (1):11–24.

9. COURCHESNE E, KARNS CM, DAVIS HR, ZICCARDI R, CARPER RA, TIGUE ZD ET AL: Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder. Neurology, 2001; 57 (2):245–254.

10. GORDON A, GESCHWIND DH: Human in vitro models for understanding mechanisms of autism spectrum disorder. Mol Autism, 2020; 11:26.

11. VELMESHEV D, SCHIRMER L, JUNG D, HAEUSSLER M, PEREZ Y, MAYER S ET AL: Single-cell genomics identifies cell type–specific molecular changes in autism. Science, 2019; 364 (6441):685–689.

12. VOINEAGU I, WANG X, JOHNSTON P, LOWE JK, TIAN Y, HORVATH S ET AL: Transcriptomic Analysis of Autistic Brain Reveals Convergent Molecular Pathology. Nature, 2011; 474 (7351):380–384.

13. MUHLE RA, REED HE, STRATIGOS KA, VEENSTRA-VANDERWEELE J: The Emerging Clinical Neuroscience of Autism Spectrum Disorder: A Review. JAMA Psychiatry, 2018; 75 (5):514–523.

14. GROVE J, RIPKE S, ALS TD, MATTHEISEN M, WALTERS RK, WON H ET AL: Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. Nat Genet, 2019; 51 (3):431–444.

15. SATTERSTROM FK, WALTERS RK, SINGH T, WIGDOR EM, LESCAI F, DEMONTIS D ET AL: Autism spectrum disorder (ASD) and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have a similar burden of rare protein-truncating variants. Nat Neurosci, 2019; (12):1961–1965.

16. TANG G, GUDSNUK K, KUO SH, COTRINA ML, ROSOKLIJA G, SOSUNOV A ET AL: Loss of mTOR-Dependent Macroautophagy Causes Autistic-like Synaptic Pruning Deficits. Neuron, 2014; 83 (5):1131–1143.

17. UDDIN LQ, SUPEKAR K, LYNCH CJ, KHOUZAM A, PHILLIPS J, FEINSTEIN C ET AL: Salience Network–Based Classification and Prediction of Symptom Severity in Children With Autism. JAMA Psychiatry, 2013; 70 (8):869–879.

18. JUST MA, KELLER TA, MALAVE VL, KANA RK, VARMA S: Autism as a neural systems disorder: A theory of frontal-posterior underconnectivity. Neurosci Biobehav Rev, 2012; 36 (4):1292–1313.

19. LEE JK, ANDRWES DS, OZTURK A, SOLOMON M, ROGERS S, AMARAL DG ET AL: Altered Development of Amygdala-Connected Brain Regions in Males and Females with Autism. J Neurosci, 2022; 42 (31):6145–6155.

20. GESCHWIND DH, LEVITT P: Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. Curr Opin Neurobiol, 2007; 17 (1):103–111.

21. HILL EL: Executive dysfunction in autism. Trends Cogn Sci, 2004; 8 (1):26–32.

22. FRITH U: Social communication and its disorder in autism and Asperger syndrome. J Psychopharmacol (Oxf), 1996; 10 (1):48–53.

23. COSTA-CORDELLA S, SOTO-ICAZA P, BORGEAUD K, GRASSO-CLADERA A, MALBERG NT: Towards a comprehensive approach to mentalization-based treatment for children with autism: integrating attachment, neurosciences, and mentalizing. Front Psychiatry (Internet). 2023. november 30. ([idézi 2024. május 14.);14. Elérhető: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.1259432/full

24. MINDY P, CROWSON M: Joint Attention and Early Social Communication: Implications for Research on Intervention with Autism. J Autism Dev Disord, 1997; 27 (6):653–676.

25. CAI RY, RICHDALE AL, DISSANAYAKE C, ULJAREVIC M: Brief Report: Inter-Relationship between Emotion Regulation, Intolerance of Uncertainty, Anxiety, and Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord, 2018; 48 (1):316–325.

26. RESTOY D, ORIOL-ESCUDÉ M, ALONZO-CASTILLO T, MAGÁN-MAGANTO M, CANAL-BEDIA R, DIEZ-VILLORIA E ET AL: Emotion regulation and emotion dysregulation in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder: A meta-analysis of evaluation and intervention studies. Clin Psychol Rev, 2024; 109:102410.

27. GREEN SA, HERNANDEZ LM, BOWMAN HC, BOOKHEIMER SY, DAPRETTO M: Sensory over-responsivity and social cognition in ASD: Effects of aversive sensory stimuli and attentional modulation on neural responses to social cues. Dev Cogn Neurosci, 2018; 29:127–139.

28. VAN DE CRUYS S, EVERS K, VAN DER HALLEN R, VAN EYLEN L, BOETS B, DE-WIT L ET AL: Precise minds in uncertain worlds: Predictive coding in autism. Psychol Rev, 2014; 121 (4):649–675.

29. DEMETRIOU EA, LAMPIT A, QUINTANA DS, NAISMITH SL, SONG YJC, PYE JE ET AL: Autism spectrum disorders: a meta-analysis of executive function. Mol Psychiatry, 2018; 23 (5):1198–1204.

30. GEURTS HM, CORBETT B, SOLOMON M: The paradox of cognitive flexibility in autism. Trends Cogn Sci, 2009; 13 (2):74–82.

31. CHRIST SE, KESTER LE, BODNER KE, MILES JH: Evidence for selective inhibitory impairment in individuals with autism spectrum disorder. Neuropsychology, 2011; 25 (6):690–701.

32. COOPER RA, SIMONS JS: Exploring the neurocognitive basis of episodic recollection in autism. Psychon Bull Rev, 2019; 26 (1):163–181.

33. Egészségügyi Szakmai Kollégium. EMMI szakmai irányelv (EüK 2017/3.) az autizmusról/autizmus spektrum... (Internet). Emberi Erőforrások Minisztériuma, Egészségügyért Felelős Államtitkárság; 2020. (idézi 2024. szeptember 16.). Elérhető: https://jogkodex.hu/doc/2755778

34. Guy. Autism, Adolescence and Hormones (Internet). Attwood and Garnett Events. 2023. (idézi 2024. szeptember 16.). Elérhető: https://attwoodandgarnettevents.com/autism-adolescence-and-hormones/

35. SHATTUCK PT, LAU L, ANDERSON KA, KUO AA: A National Research Agenda for the Transition of Youth With Autism. Pediatrics, 2018; 141(Supplement_4):S355–61.

36. ROUX A, REAST J, RAVA J, ANDERSON K, SHATTUCK PT: Transition into Young Adulthood (Internet). Philadelphia; 2015. (idézi 2024. szeptember 16.). Elérhető: https://policyimpactproject.org/transition-into-young-adulthood-full-report/

37. NICE Guideline. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management (Internet). London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 (idézi 2022. január 23.). (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Elérhető: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554918/

Hungarica

38. KOMORÓCZY E, SZUROMI B:
Vezérfonal az értelmi fejlődés zavarával nem járó autizmus spektrum zavarral (ASD) élő felnőttek klinikai vizsgálatát támogató interjúhoz (átdolgozott változat) (Internet). NFSZK Nonprofit Kft. Budapest; 2020. Elérhető: https://www.efiportal.hu/egyenlo-eselyu-hozzaferhetoseg/kiadvanyok/autizmus-temaju-szakmai-cikkek-kiadvanyok-publikalasa-modszertanok-adaptalasa/

39. KHACHADOURIAN V, MAHJANI B, SANDIN S, KOLEVZON A, BUXBAUM JD, REICHENBERG A ET AL:
Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. Transl Psychiatry, 2023; 13 (1):1–7.

40. SIMONOFF E, PICKLES A, CHARMAN T, CHANDLER S, LOUCAS T, BAIRD G:
Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008; 47 (8):921–929.

41. SIMONOFF E, JONES CRG, PICKLES A, HAPPÉ F, BAIRD G, CHARMAN T:
Severe mood problems in adolescents with autism spectrum disorder. J Child Psychol Psychiatry, 2012; 53 (11):1157–1166.

42. LEVER AG, GEURTS HM:
Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord, 2016; 46 (6):1916–1930.

43. GILLOTT A, STANDEN PJ:
Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. J Intellect Disabil, 2007; 11 (4):359–370.

44. BAKER EK, RICHDALE AL:
Sleep Patterns in Adults with a Diagnosis of High-Functioning Autism Spectrum Disorder. Sleep, 2015; 38 (11):1765–1774.

45. SNOW M, DONELLY J:
Factors Mediating Dysphoric Moods and Help Seeking Behaviour Among Australian Parents of Children with Autism. J Autism Dev Disord, 2016; 46 (6):1941–1952.

46. ANTSHEL KM, RUSSO N:
Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. Curr Psychiatry Rep, 2019; 21 (5):1–11.

47. BARLATTANI T, D'AMELIO C, CAVATASSI A, LUCA DD, STEFANO RD, BERARDO AD ET AL:
Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. J Psychopathol (Internet). 2023. július 26. (idézi 2024. október 27.); Elérhető: https://www.jpsychopathol.it/article/view/281

48. MUTLUER T, ASLAN GENÇ H, ÖZCAN MOREY A, YAPICI ESER H, ERTINMAZ B, CAN M ET AL:
Population-Based Psychiatric Comorbidity in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. Front Psychiatry (Internet). 2022. május 23. (idézi 2024. október 27.);13. Elérhető: https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2022.856208/full

49. RONG Y, YANG CJ, JIN Y, WANG Y:
Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. Res Autism Spectr Disord, 2021; 83:101759.

50. CASSIDY S, AU-YEUNG S, ROBERTSON A, COGGER-WARD H, RICHARDS G, ALLISON C ET AL:
Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. Br J Psychiatry, 2022; 221 (5):683–691.

51. AISHWORIYA R, VALICA T, HAGERMAN R, RESTREPO B:
An Update on Psychopharmacological Treatment of Autism Spectrum Disorder. Neurotherapeutics, 2022; 19 (1):248–262.

52. SPENCER D, MARSHALL J, POST B, KULAKODLU M, NEWSCHAFFER C, DENNEN T ET AL:
Psychotropic medication use and polypharmacy in children with autism spectrum disorders. Pediatrics, 2013; 132 (5):833–840.

53. LAWSON EA:
Understanding oxytocin in human physiology and pathophysiology: A path towards therapeutics. Compr Psychoneuroendocrinology, 2024; 19:100242.

54. LÁSZLÓ K, VÖRÖS D, CORREIA P, FAZEKAS CL, TÖRÖK B, PLANGÁR I ET AL:
Vasopressin as Possible Treatment Option in Autism Spectrum Disorder. Biomedicines, 2023; 11 (10):2603.

55. SHEN J, LIU L, YANG Y, ZHOU M, XU S, ZHANG W ET AL:
Insulin-Like Growth Factor 1 Has the Potential to Be Used as a Diagnostic Tool and Treatment Target for Autism Spectrum Disorders. Cureus, 2024; 16 (7):e65393.

56. YEUNG PP, JOHNSOÖN KA, RIESENBERG R, OREJUDOS A, RICCOBENE T, KALLURI HV ET AL:
Cariprazine in Pediatric Patients with Autism Spectrum Disorder: Results of a Pharmacokinetic, Safety and Tolerability Study. J Child Adolesc Psychopharmacol, 2023; 33 (6):232–242.

57. COHEN D, RAFFIN M, CANITANO R, BODEAU N, BONNOT O, PÉRISSE D ET AL:
Risperidone or aripiprazole in children and adolescents with autism and/or intellectual disability: A Bayesian meta-analysis of efficacy and secondary effects. Res Autism Spectr Disord, 2013; 7 (1):167–175.

58. POLEG S, GOLUBCHIK P, OFFEN D, WEIZMAN A:
Cannabidiol as a suggested candidate for treatment of autism spectrum disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2019; 89:90–96.

59. CORTESI F, GIANNOTTI F, SEBASTIANI T, PANUNZI S, VALENTE D:
Controlled-release melatonin, singly and combined with cognitive behavioural therapy, for persistent insomnia in children with autism spectrum disorders: a randomized placebo-controlled trial. J Sleep Res, 2012; 21 (6):700–709.

60. GALLI-CARMINATI G, DERIAZ N, BERTSCHY G:
Melatonin in treatment of chronic sleep disorders in adults with autism: a retrospective study. Swiss Med Wkly, 2009; 139 (19–20): 293–296.

61. SAVINO R, POLITO AN, MARSALA G, VENTRIGLIO A, DI SALVATORE M, DE STEFANO MI ET AL:
Agomelatine: A Potential Multitarget Compound for Neurodevelopmental Disorders. Brain Sci, 2023; 13 (5):734.

62. CHEN YCB, LIN HY, WANG LJ, HUNG KC, BRUNONI AR, CHOU PH ET AL:
A network meta-analysis of non-invasive brain stimulation interventions for autism spectrum disorder: Evidence from randomized controlled trials. Neurosci Biobehav Rev, 2024; 164:105807.

63. HIRVIKOSKI T, MITTENDORFER-RUTZ E, BOMAN M, LARSSON H, LICHTENSTEIN P, BÖLTE S:
Premature mortality in autism spectrum disorder. Br J Psychiatry, 2016; 208 (3):232–238.

64. MIKAMI K, INOMATA S, HAYAKAWA N, OHNISHI Y, ENESEKI Y, OHYA A ET AL:
Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. Gen Hosp Psychiatry, 2009; 31 (2):163–166.

65. BAKKER T, KRABBENDAM L, BHULAI S, BEGEER S:
Background and enrollment characteristics of students with autism in higher education. Res Autism Spectr Disord, 2019; 67:101424.

66. ROBERTS NK:
Conceptualizing a Mentorship Program for University Students with Autism Spectrum Disorder (Internet). Simon Fraser University; 2015. (idézi 2024. október 27.). Elérhető: https://summit.sfu.ca/item/15923

67. CAI RY, RICHDALE AL:
Educational Experiences and Needs of Higher Education Students with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord, 2016; 46 (1): 31–41.

68. Magyarország Kormánya. 2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról (Internet). Wolters Kluwer Hungary Kft.; 2011. (idézi 2024. október 27.). Elérhető: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100204.tv

69. Magyarország Kormánya. 87/2015. (IV. 9.) Korm. rendelet a nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról (Internet). Wolters Kluwer Hungary Kft.; 2015. (idézi 2024. október 27.). Elérhető: https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1500087.kor

70. ŐSZI T, SIMÓ J, VÍGH K:
Autizmus – belépés a felnőttkorba. Protokoll az átmenet támogatásához (Internet). NFSZK Nonprofit Kft. Budapest; 2020. (idézi 2024. október 27.). Elérhető: https://nfszk.hu/szakmai-tevekenysegek/autizmus-spektrum-zavar/montazs-projekt--efop-1_9_2--autizmus-munkacsoport/szakmai-protokollok-kidolgozasa/autizmus---belepes-a-felnottkorba

71. BEHLING KT, TOBIN TJ:
Reach Everyone, Teach Everyone: Universal Design for Learning in Higher Education (Internet). Morgantown: West Virginia University Press; 2018. (idézi 2024. október 27.). Elérhető: https://muse.jhu.edu/pub/20/monograph/book/62887

72. DUERKSEN K, BESNEY R, AMES M, MCMORRIS CA:
Supporting Autistic Adults in Postsecondary Settings: A Systematic Review of Peer

Mentorship Programs. Autism Adulthood, 2021; 3 (1):85–99.

73. FABRI M, FENTON G, ANDREWS P, BEATON M: Experiences of Higher Education Students on the Autism Spectrum: Stories of Low Mood and High Resilience. Int J Disabil Dev Educ, 2022; 69 (4):1411–1429.

74. GLENNON TJ: The stress of the university experience for students with Asperger syndrome. Work Read Mass, 2001; 17 (3):183–190.

75. CAGE E, HOWES J: Dropping out and moving on: A qualitative study of autistic people's experiences of university. Autism, 2020; 24 (7):1664–1675.

76. CAGE E, TROXELL-WHITMAN Z: Understanding the Reasons, Contexts and Costs of Camouflaging for Autistic Adults. J Autism Dev Disord, 2019; 49 (5):1899–1911.

77. LEI J, CALLEY S, BROSNAN M, ASHWIN C, RUSSELL A: Evaluation of a Transition to University Programme for Students with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord, 2020; 50 (7):2397–2411.

78. GELBAR NW, SMITH I, REICHOW B: Systematic Review of Articles Describing Experience and Supports of Individuals with Autism Enrolled in College and University Programs. J Autism Dev Disord, 2014; 44 (10):2593–2601.

79. MAZUREK MO: Loneliness, friendship, and well-being in adults with autism spectrum disorders. Autism, 2014; 18 (3):223–232.

80. HILLIER A, GOLDSTEIN J, TORNATORE L, BYRNE E, JOHNSON HM: Outcomes of a peer mentoring program for university students with disabilities. Mentor Tutoring Partnersh Learn, 2019; 27 (5):487–508.

81. LAI MC, KASSEE C, BESNEY R, BONATO S, HULL L, MANDY W ET AL: Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2019; 6 (10):819–829.

82. KUDER SJ, ACCARDO AL, BOMGARDNER EM: Mental Health and University Students on the Autism Spectrum: a Literature Review. Rev J Autism Dev Disord, 2021; 8 (4):421–435.

83. LUCAS R, JAMES AI: An Evaluation of Specialist Mentoring for University Students with Autism Spectrum Disorders and Mental Health Conditions. J Autism Dev Disord, 2018; 48 (3):694–707.

84. SIEW CT, MAZZUCCHELLI TG, ROONEY R, GIRDLER S: A specialist peer mentoring program for university students on the autism spectrum: A pilot study. PLOS ONE, 2017; 12 (7):e0180854.

85. MENDES EA: Marriage and Lasting Relationships with Asperger's Syndrome. 1st edition. Jessica Kingsley Publishers, 2015; 264.

86. MILTON DEM: On the ontological status of autism: the 'double empathy problem'. Disabil Soc, 2012; 27 (6):883–887.

87. PARKER ML, MOSLEY MA: Therapy outcomes for neurodiverse couples: Exploring a solution-focused approach. J Marital Fam Ther, 2021; 47 (4):962–981.

88. STRUNZ S, SCHERMUCK C, BALLERSTEIN S, AHLERS CJ, DZIOBEK I, ROEPKE S: Romantic Relationships and Relationship Satisfaction Among Adults With Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. J Clin Psychol, 2017; 73 (1):113–125.

89. MURGADO-WILLERD K: Neurodiverse Couple Therapy: A Practical Guide to Brain-Informed Care. New York, Routledge, 2023; 350.

90. GOODALL E, LAWSON WB, PURKINS Y: The Autism Spectrum Guide to Sexuality and Relationships: Understand Yourself and Make Choices that are Right for You. Jessica Kingsley Publishers, 2016; 280.

91. BOSTOCK-LING J: Life Satisfaction of Neurotypical Women in Intimate Relationship With a Partner Who Has Asperger's Syndrome: An Exploratory Study. 2016. február 18. (idézi 2024. szeptember 16.); Elérhető: https://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/16693

92. MENDES E, MARONEY M: Gender Identity, Sexuality and Autism. London, Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2019; 200.

93. ASTON M: The Asperger Couple's Workbook: Practical Advice and Activities for Couples and Counsellors (Internet). Jessica Kingsley Publishers; 2008 (idézi 2024. szeptember 16.)]. Elérhető: https://www.perlego.com/book/951608/the-asperger-couples-workbook-practical-advice-and-activities-for-couples-and-counsellors-pdf

94. HAPPÉ F, FRITH U: Annual Research Review: Looking back to look forward – changes in the concept of autism and implications for future research. J Child Psychol Psychiatry, 2020; 61 (3):218–232.

FARKAS KINGA e-mail: farkas.kinga@semmelweis.hu

Hungarica